الدكتور حسن مصطفى عبد المعطي

علم النفس الإكلينيكي





دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع
عبده غريب

عِلم النفس الإكلينيكي

موسوعة علم النفس العيادى

(١)



الدكتور حسن مصطفى عبد المعطى

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق

الناشر

دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع (القاهرة)

عبده غريب

الكتـــــــاب : علم النفس الاكلينيكى
المؤلـــــــف : الدكتور / حسن مصطفى عبد المعطى
تاريخ النشر : ١٩٩٨م

النـاشـــــر : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع
عبده غريب
شركة مساهمة مصرية
المركز الرئيسى : مدينة العاشر من رمضان
والمطابـــــــع : المنطقة الصناعية (C1)
ت: ٠١٥/٣٦٢٧٧٢٧
الإدارة : ٥٨ شارع الحجاز – عمارة برج آمون
الدور الأول – شقة ٦
ت ، ف : ٢٤٧٤٠٣٨
التوزيع : ١٠ شارع كامل صدقى ـ الفجالة ـ القاهرة
رقــم الإيـداع : ٩٨/٢١٤٢
الترقيم الدولى : ISBN
977-303-000-8



الَّذينَ آمَنُوا وتَطمَئِنُّ قُلُوبُهمُ بِذِكْرِ اللَّهِ، ألا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ القُلُوبُ

صدق الله العظيم

سورة الرعد (الآية ٢٨)

تـــقديم

ظلت اضطرابات السلوك لغـزا يحير الانسـان علـى مـر العصـور، واختلفت تفسيرات أسباب هذا الاضطراب وطرق مواجهته وعلاجه من عصـر الـى عصـر.. فلقد اعتقد القدمـاء وجـود أرواح خبيثـة تلـج الجسم الانسـانى وتسيطر عليه فتسـبب اضطرابـه، ومـن ثم كـان يطلـب مـن الآلهـة صراحـة التدخل لطـرح هـذه الأرواح.. ومرت عصور كان العقاب القاسى أمرا حتميا لمن تحل به تلك الأرواح - إلـى أن جاءت حركات الاصلاح الاجتماعية وظهرت المفاهيم النفسية والثورة السيكاترية لفهم أسباب الأمراض والاضطرابات، وتطـورت الطـرق التشـخيصية والعلاجيـة ، وحلـت النظرة العلمية محل الآراء والأفكار الخرافيــة.. ومـع ذلـك فمـا زلنـا حتـى يومنـا هـذا نسمع فى مجتمعنا عن أفكار تسود بين عامة الناس عـن مـس الجـن والسـحر والعمـل وغيرها كتفسير لأسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية، ومازال استخدام التمائم وفك العمل والزار وبعض خرافات الطب الشعبى وسائل يلجأ اليها عامة النـاس وخـاصتهم لعلاج السلوك المضطراب.

وإذا كان القرن العشرين قد إنقضى وآذن بالرحيل بما حمله من خـير وشـر فـى ميادين العلم والتكنولوجيا ، والأوبئة والأمـراض ، والحـروب والصـراعـات، والأزمـات السياسية والاقتصادية، وتشوش العلاقات الاجتماعية ، واضطراب المثل العليـا ممـا أدى الى شعور الانسان المعاصر بالانضغاط والارهاق والتوتر الانفعالى والانـهيار النفسـى، والوقـوع فريسـة الأمـراض الجسـمية والنفسية - فقد حتم ذلـك ضـرورة مواجهـة هـذه الظروف الضـاغطة بالتدخل المهنى المتخصص للوقاية والتشـخيص والتنبؤ والعـلاج - وهذا ما يضطلـــع به الأخصـائى النفسى الاكلينيكى فى ممارساته.

والكتاب الذى بين يدينا حلقة من حلقات موسوعة ننوى متابعتها فـى علـم النفس العيادى حيث يهدف هذا الكتاب الى التعريـف بتطـور الممارسـات الاكلينيكيـة والوسـائل التشخيصية المعاصرة نضعها بين يدى الطالب المبتدئ فى دراسة علم النفس الاكلينيكـى لتكون له نبراسا فى دراساته التالية ، وقد حاولنا أن نرسى فى هذا الكتـاب مبـادئ علـم النفس الإكلينيكى وأسسه النظريـة والتطبيقيـة التـى تفيد فـى الممارسـات الاكلينيكيـة مـع المرضـى النفسيين وحـالات اضطراب السلوك ، والدراسة المتعمقة للشخصية الإنسانية.

ويقع الكتاب فى أبواب ثلاثة متضمنا أحد عشر فصلا .. ارتكز الباب الأول حول علم النفس الاكلينيكى مبتدئا بتاريخ الممارسة الاكلينيكية وتطورها من القديم الى العصر الحاضر، ثم التعريف بالأخصائى النفسى الاكلينيكى واعداده وأدواره ومجالات عمله، كما تم التركيز على عملية التشخيص الاكلينيكى ، ومنهجه مع التركيز على منهج دراسة الحالة بصفة خاصة.. أما الباب الثانى فقد ركز على فنيات التشخيص الاكلينيكى وهى المحور الأساسى فى هذا الكتاب التى برزت فى فصول هذا الباب وخاصة فنيات : تاريخ الحالة ، والمقابلة الاكلينيكية ، والاختبارات والمقاييس النفسية، والاختبارات الاسقاطية . لكى يتكامل تقرير دراسة الحالة فى صورة تجمع بين التحليل الكمى والكيفى .. وأخيرا حاول الباب الثالث تناول موجزاً عن أعراض الأمراض النفسية العصابية والذهانية ، وأبرز مدارس العلاج النفسى المعاصرة، لكى يجتمع لقارئ هذا الكتاب عمليات التشخيص والعلاج النفسى، فى صورة مبادئ عامة، على أمل أن نفرد فى كتب لاحقة تفصيل الحديث فى الأمراض النفسية ، والاضطرابات السلوكية، والأمراض السيكوسوماتية ، والصحة النفسية ، والعلاج النفسى فى ضوء المدارس المعاصرة.

والله أسأل أن أكون قد وفقت بتقديم هذا الجهد المتواضع خلاصة خبرتى فى تدريس علم النفس الاكلينيكى وخلاصة خبرتى فى الممارسة الاكلينيكية والارشاد النفسى.. وأخيرا كلمة شكر أقدمها إلى والدى وأساتذتى اعترافا بفضلهم .. وشكر لطلابى الذين تعلمت منهم بقدر ما علمتهم – فقد نمت فكرة هذا الكتاب على مر سنوات التدريس لهم ... وشكر لزوجتى على تشجيعها ومساعدتها القيمة، وشكر لأبنائى هبة ومحمود (وفقهما الله) اللذين أخذت من وقتهما الكثير ، وأدين لهما بالفضل فى فهم كثير من مبادئ الصحة النفسية الخاصة بالنمو الإنسانى.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

المؤلف

فهرس المحتـــويات

الصفحة

الباب الثانى
فنيات التشخيص الاكلينيكى

الباب الثالث

الأمراض النفسية والعلاج النفسى

الباب الأول

علم النفس الإكلينيكى

الفصل الأول : تاريخ الممارسة الإكلينيكة.

الفصل الثانى : علم النفس الإكلينيكى ومجال دراسته.

الفصل الثالث : الأخصائى النفسى الإكلينيكى.

الفصل الرابع : التشخيص الإكلينيكى.

الفصل الخامس : منهج التشخيص الإكلينيكى.

الفصل الأول

تاريخ الممارسة الاكلينيكية

مقدمة:

الغريب أن المشتغلين بعلم النفس الاكلينيكى كانوا ولازالوا أقل الناس اهتماما بدراسة تاريخه وتطوره.. وأن الباحثين القلائل الذين تطرقوا لهذا التاريخ قد قصروا دراساتهم على البدايات الحديثة نسبيا دون أن يضربوا فى أعماق التاريخ البعيد مع أن مشكلة الاضطراب العقلي والممارسات الاكلينيكية لمواجهتها قديمة قدم الانسان وتعرض لنا الوثائق التاريخية تفسيرات كثيرة للسلوك الشاذ وطرق التخفيف منه أو استئصاله، وتعكس لنا هذه الوثائق بصفة عامة درجة الثقافة; وكذلك المعتقدات الاجتماعية والفلسفية والدينية على مر العصور (كوفيل وآخرون: د. ت، ١٧) .. اننا نجد عند كل نقطة من نقاط التاريخ الأخصائيين الفنيين والعامة الذين حاولوا فهم السلوك الشاذ الغريب المحير ، وكان من شأن هذا أن يؤدى بالضرورة الى محاولات لتسمية مثل هذا السلوك وللكشف عن أسبابه ولعلاجه .. ونحن اذا نظرنا الى هذه الأفكار عن تحديد المرض العقلى وأسبابه وعلاجه لوجدناها تكون نموذجا خاصا عن السلوك الشاذ. لهذا فان رحلتنا الى العصور الماضية سوف تركز على هذه النماذج من الأفكار، مع الالتفاف الى التفسيرات التى طرأت عليها خلال السنين، كذلك سوف نبين ونحن نقوم بهذا كيف تنشأ النماذج المختلفة ، وكيف أن كل واحد من هذه النماذج يولد منحى فريدا خاصا من مناحى العلاج النفسى (كاشدان :١٩٨٠، ٢٦).

وليس من الغريب أن نجد الجهود المبكرة لمعالجة هذه المشكلة مليئة بالمصاعب، كما أن التطور التاريخى للممارسة الاكلينيكية فى مجال الاضطرابات السلوكية كان غاية فى البطء ويرجع ذلك لسببين :

أولاً : أن طبيعة المشكّلات الناجمة عن السلوك الشاذ جعلته شيئا فريدا يبعث الخوف والخجل والذنب فى عائلات هؤلاء المرضى ومجتمعاتهم.

ثانيا : أن تطور العلوم جميعا كان بطيئا ومبعثرا ، وقد حدثت أهم التطورات الأساسية فى العلم بعد مقاومة عنيفة.

وفى استعراضنا للخطوات التاريخية فى تطور الممارسة الاكلينيكية عبر العصور فسوف نحجم عن النقد الشديد، لأن الشخص الشاذ فى العصور القديمة قد أسئ فهمه، كما أسيئت معاملته (كوفيل وآخرون، د. ت ، ١٧).

ويلاحظ أنه على مر التاريخ قد ساد نموذجان فى النظر الى السلوك الشاذ هما النموذج الشيطانى، والنموذج الطبيعى الى أن ظهر النموذج السيكولوجى بظهور علم النفس الحديث:

ويركز النموذج الشيطانى Demonological للسلوك المنحرف على الاعتقاد بأن هناك عوامل غامضة قادرة على أن تؤثر فى سلوك الانسان تأثيرا ملحوظا، أما الأرواح الخيرة فيظن أنها تكمن وراء التصرفات الايجابية، على حين أن الأرواح الشريرة مسئولة عن الأحداث السلبية .. ولعل الاعتقاد بأن السلوك الغريب لابد أن ينتج عن عوامل شديدة القوة غير معروفة انما يمثل المحاولة الأولى التى قامت بها الانسانية لتفسير المرض الجسمى والعقلى.

أما النموذج الطبيعى Naturalistic فانه على العكس من ذلك يرد مصدر السلوك المنحرف الى داخل الجسم ، والى عمليات جسمية تحدث بطريقة طبيعية.. فالسلوك الشاذ بحسب هذا النموذج يرتبط بنوع شاذ من وظائف الجسم (كاشدان: ١٩٨٤، ٢٦)

وسوف نصور فيما يلى كيف أن المحاولات البدائية التى قامت بها الانسانية لفهم طبيعة السلوك الشاذ كانت مرتبطة جزئيا بأنواع من الصراع بين النموذجين على مر العصور.

١ ـ عصر ما قبل التاريخ :

ان دراسات الدلائل الأنثروبولوجية والدراسات الثقافية المستعرضة للمجتمعات البدائية تشير الى أن الانسان فى الأيام الأولى للبشرية قد أخفق فى التفرقة بين الاضطرابات الجسمية والعقلية ، ليس هذا فحسب ، بل ان الانسان لم يكن عنده آلا القليل من الفهم للتكوين البيولوجى للجسم ، ولأن الانسان البدائى كان يجهل تشريحه وجوانبه الفسيولوجية نراه عجز عن أن يفسر السلوك الغريب على أساس من العوامل الطبيعية، وأنه نسبها بدلا من ذلك الى عوامل أو أرواح غريبة كان لها القدرة على أن تلج الى الجسم على نحو ما.

ان لدينا من الأدلة مايشير الى أن انسان العصر الحجرى لم يكتف بالايمان بالأرواح الشريرة ، بل حاول أن يفعل شيئا من أجل استبعادها، وهذا ما يؤكد أن علم النفس المرضى ربما رجع بأبسط صورة الى العصور الحجرية التى تنفصل عنا مئات الآلاف من السنين اذ يذكر سيلينج (١٩٤٣) أن الكشوف الأثرية توضح أنه كانت هناك محاولات تجرى للتخفيف من ضغط المخ بشق جزء من الجمجمة أو احداث ثقب بطريقة بدائية برأس الرجل الذى يشكو من الصداع أو من الهجمات الارتدادية كانت تعرف بالفَصَد trephining، وذلك باستخدام قطعة صخر مدببة (الحربة المقدسة) وكان يعيش المريض بعدها لعدة سنوات وأن كان الكثيرون منهم قد ماتوا بسببها، وعلى الرغم من أن هذا الاجراء شبية بالأسلوب الجراحى المعروف باسم التربنة. ألا أن هناك مسكلة خطيرة، وهى ما إذا كان هذا الاجراء مبنياً على معرفة بجراحة الدماغ أم لا، ولكن الظاهر أن التربنة كان يقصد بها السماح للأرواح الشريرة المحبوسة داخل الشخص بالهروب ، وأنها تكون واحدة من المحاولات الأولى التى قام بها الانسان لعلاج المرض العقلى .. هذه الصورة البدائية لجراحة المخ اذن هى البوادر التاريخية لتقنيات الجراحة النفسية التى استخدمت فى علاج المرض العقلى فى ق ٢٠.



عملية التربنة لاخراج الأرواح الشريرة

وعلى العموم : فان معرفتنا بالطب النفسى البدائى ليست الا تأملات توصى بها البقايا الأثرية (كاشدان : ١٩٨٤ ، ٢٨ كوفيل وآخرون : د . ت ، ١٨، أسعد: ١٩٧٧، ٢٢).

٢ ـ العصور القديمة:

على الرغم من أن الخرافات البدا ئية قد استمرت حتى العصر الكلاسيكى (اليونانى والرومانى) وما بعده ، الا أن التاريخ يكشف لنا عن محاولات قد أجريت قبل العصور الذهبية لليونان والرومان لايجاد طريقة أكثر معقولية لفهم مرضى العقل وعلاجهم (كوفيل وآخرون : ١٩٦٨، ١٨) فقد نسب قدماء الصينيين والمصريين واليونانيين المرض النفسى الى عملية امتلاك الشيطان أو مسه للمريض.. لقد كانوا يعتقدون بانتشار الأرواح الخيرة والشريرة وبمسئوليتها عن الحوادث الطبيعة والاجتماعية والفردية .. وتتوقف طبيعة الروح الماسة على الأعراض، وقد كان الممسوس يعامل بوجل ويحترم ان كانت لأعراض مرضه دلالات دينية غامضة ، واعتبر امساك الروح الشريرة للفرد عقابا من الله للفرد بسبب معصيته.. وقد عولج المرض بالرقية أو بالتعويذة التى تهدف فى جوهرها الى جعل الممسوس مكانا منغصا للروح الشريرة فتهجره. (كوفيل وآخرون : د.

ت، ١٨، أسعد : ١٩٧٧، ٢٢).. وفيما يلي عرضا لطبيعة فهم السلوك الشاذ في هذا العصر.

ففي الشرق : ظهرت في الصين حوالي سنة ٢٦٠٠ ق.م بعض أشكال العلاج بالايمان وتحويل الاهتمامات وتغيير البيئة كطرق أساسية لعلاج الاضطراب العقلي... وفي عام ١١٤٠ ق.م أنشئت مؤسسات "للجنون" هناك يعالج فيها المرضى حتى الشفاء.. كما وجدت مؤلفات لأطباء الهنود حوالي عام ٦٠٠ ق.م تحوى أوصافا تفصيلية لبعض أشكال المرض العقلي والصرع مع توصيات باتباع الشفقة في العلاج.

وفي الشرق الأوسط : وجد في مخطوطات المصريين التي يرجع تاريخها الى عام ٥٠٠٠ ق.م وصفا لسلوك المضطربين عقليا على اعتبار أن هذا السلوك راجعا الى تأثير أرواح شريرة (كوفيل وآخرون د . ت، ١٩).

اذ كانت الفكرة السائدة عند المصريين القدماء أن الأمراض تنشأ من غضب الآلهة أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وامتلاكه ، وأن هذه الأرواح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء، ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش في لحمه أو عقله ومن ثم فلأجل طردها كان السحرة والكهنة يصنعون الطلاسم والتعاويذ والرقى الى جانب الدواء والغذاء ويعلقون قطعا من الحجارة أو الخرز أو الخشب في رقابهم اتقاء لشر هذه الأرواح الشريرة.

- **وكان العرب** في جاهليتهم يعتقدون في الجن ويخافونها، بل كانوا أحيانا يعبدونها ويستجيرون بها لحمايتهم ، وكان المجنون عندهم رجل صرعته جنية، والمجنونة أمرأة صرعها جني وذلك عن طريق العشق والهوى وشهوة النكاح.. وكانوا يعتقدون بأن الصرع هو نتيجة لمخالطة الجن للانس وامتلاكهم مدة عنيفة .. ومن لفظتي " الجنون" و " الخبل" ما يؤكد ما كان شائعا من صلة بين المرض العقلي والجن والشياطين الا أن التاريخ بالرغم من ذلك لم يسجل للعرب حتى في جاهليتهم ما يشير الى معاملتهم للمرضى العقليين معاملة فيها قسوة أو أذى مثلما

كـان فـى المجتمعـات الأخـرى ، وقـد كـان لديهـم كغيرهم مـن الشـعوب طريقتـان للعلاج: طريقة الكهنة والعرافين، وطريقـة العـلاج بالعقـاقير (سـعد جـلال: ١٩٧٠، ٢٢-٢٣)

وكان **البابليون** يعتقدون أن الشيطان إدتا IDTA كان بسبب اضطراباً عاطفيا.

أما فى **المدنية العبرية** : فتشير الأنـاجيل الـى أن العبرانيين كـانوا يعتبرون المرض العقلى عقوبة من الرب، وأن العلاج أساسا هو أن يكفر الانسان عما فعل (كوفيل : د. ت) اذ يتضمن عدة اشارات الى أنواع السلوك التى نرى فيهـا أمـارات عن اختلال الشخصية، والتى كان ينظر اليها عندئذ على أنها تأثير صوفى غـامض من ذلك مثلاً : أن صـول (سـاءول Saul (كـان يعـانى مـن الاكتئـاب والاندفاعـات الانتحارية، وهى اضطرابات كان يظن أنها تتسبب عن أرواح شريرة يرسلها الالـه ويصف العهد القديم موت ساءول أنه عندما كان مكتئبا طلب من خادمـه أن يقتلـه، وبعد أن رفض خادمه قتله أقـدم سـاءول علـى الانتحـار. كذلـك يتضمـن ليفينيكـوس Leviticus تلك العبارة المفزعة : " والشخص رجلا كان أو امرأة الذى تحل به روح غير مألوفـة، أو الـذى يكـون سـاحرا ، انمـا جـزاؤه المـوت " (ليفنيكـوس، ٢٠:٢٧). والعبـارة الأخيرة هذه تعكس بدايـة التطـير والخـوف الـذى كـان يحيـط بالمريض العقلى فى أيام الانجيل، كمـا انهـا تزودنـا بالسـبب الـذى مـن أجلـه كـانت تحرق الساحرات فى العصور الوسطى .

ولهذا : فلا عجب أن علمنا أن أصحاب السلوك الشاذ كانوا يـتركون ليهيمـوا فى البرية أو يودعون فى غيابة السجون، فان مـا يكـون لـدى الحضـارة مـن تطـير ومخاوف ينعكس دائما فيما نجده لديها من نبذ صريح واضطهاد نشط للأفراد الذين لانستطيع لهم فهما ، مع ذلك : فقد كانت هناك بعـض المحـاولات علـى الأقـل لفهـم المريض العقلى وعلاجه.

أما عند **الاغريق** : فتمدنا الميثولوجيا اليونانية بصـورة واضحـة عـن مفهـوم الناس عن المرض العقلى، ويتضح ذلك جليا من قصة بنات بروتس Proetus ملك

مملكة أرجوس Argos حيث سرقت بناته ذهبا من تمثال الالهة هيرا Hera فنزلت عليهن لعنتها وأصبن بالجنون ، كما أنهن نتيجة هذه الغضبة أخذن يهمن على وجوههن كالابقار فى الحقول. ولقد استدعى الملك كاهنا مشهورا يدعى ميلامبوس (Melampus عاش قبل هوميروس بحوالى ٣٠٠ سنة)، وكان لهذا الكاهن شهرة كبيرة فى العلاج ، حيث طارد بنات الملك (المتحولات الى أبقار) فى الحقول والمراعى، الى أن بلغن درجة من الاعياء لم تمكنهن من الجرى، وبعد ذلك أعطاهن حماما باردا فى عيون أركاديا Arcadia كان نتيجته الشفاء التام (فهمى: ١٩٦٧، ٤).

ونتيجة لذلك فقد أنشئت عند الاغريق القدماء المعابد الاسكولابية Aesculapian templesالتى اتخذت اسمها من اسم اله الشفاء، وأصبحت مراكز طبية وملجأ للأشخاص المضطربين.. وفى هذه المعابد كان الأطباء الذين هم أشبه برجال الكهوف يصفون للمرضى الراحة وتناول أدوية الشرب، ويقومون بتفسير الأحلام ، لكن الخدمات من هذا النوع كانت مع ذلك مقصورة على الخاصة من الناس، على حين أن مَنْ لم يكن يملك العلاج ظل يعالج بالطرق الرهيبة القديمة (كشدان: ١٩٨٤، ٢٨)

٣ ـ العصر اليونانى والرومانى :

فى العصر الكلاسيكى للحضارة اليونانية والرومانية اتخذت خطوات هامة نحو العلاج الانسانى المعقول للمضطربين عقليا ، كما ظهرت بوادر المنهج الطبى فى تناول المشكلة كما هو الشأن فى كل مجالات الفكر العلمى والاجتماعى (كوفيل وآخرون : د. ت، ١٨) وبدأ النموذج الشيطانى يتعرض لقدر متزايد من التهذيب والتفصيل بعد أن طلب الى أعداد لاحصر لها من الأطباء والرسل ورجال الدين القيام بتفسير السلوك الشاذ – من ذلك : أن بعض مرضى العقول رؤى أن لهم قدرات على الشفاء خاصة بهم . ولذلك عهد اليهم بعلاج الآخرين.. كما بدأ أصحاب النظرية الشيطانية يفرقون تفرقة دقيقة بين أنواع حميدة وأخرى خبيثة من

الاضطرابات : فالصرع مثلا كان يظن أن له معانى صوفية طيبة، كما كان يشار اليه " بالمرض المقدس"، بل انه ظل عدة مئات من السنين يعد أمارة على أن الله قد اختص الفرد برحمة لم يجعلها لغيره (كشدان : ١٩٨٤، ٢٩).

ففى اليونان :

نجد أن كثيرا من مفاهيم ومصطلحات الطب النفسى الحديث (كما هو الحال فى الطب والعلوم جميعا) ليست الا ميراثا من هذا العصر اذ أخذت البحوث تؤيد بعض الافتراضات التى صاغها الفكر اليونانى، حيث يرجع المنهج الانسانى المنطقى فى المرض العقلى الذى ظهر فى هذه الحقبة الى أبحاث عدة رجال منهم:

- **فيثاغورس** (٥٠٠ ق.م) كان الأطباء الكهنة قبل عام ٥٠٠ ق.م يستخدمون الايحاء ووضع نظم التغذية والتدليك والترويح، ويصفون دائما التعاويذ ويطلبون تقديم القرابين ، ولكن كان الهدف الأساسى من العلاج هو تهدئة الأرواح الخيرة أو الشريرة ثم جاء فيثاغورس فكان أول مَنْ وضع التفسير الطبيعى للمرض العقلى، فحدد المخ باعتباره مركزا للذكاء، واعتبر أن المرض العقلى راجع الى اضطراب فى المخ (كوفيل : د. ت، ١٩-٢٠) وبذلك : فإنه قد اعتبر الدماغ عضوا مركزيا للفعالية الذهنية وأرجع المرض النفسى الى مرض الدماغ (أسعد ١٩٧٧، ٢٢)، وبذلك يكون قد نسب مصدر السلوك الشاذ الى العمليات الفيزيقية فى الجسم باستبعاده من نطاق الأرواح والشياطين . وبذلك ظهرت النظرية الطبيعية كبديل قوى للنموذج الشيطانى فى المرض العقلى ، وفيها ينسب مصدر السلوك المنحرف الى عمليات الجسم الطبيعية بدلا من نسبتها الى ظواهر روحية (كشدان: ١٩٨٤، ٢٩).

ثم انبعث وميض **أبقراط** Hippocrates (٤٦٠-٣٧٧ ق.م تقريبا) أبو الطب المعاصر ليبدد الشعوذه والجهل والذى تحدى كذلك الخيط السابق من التطير والخلط حين كتب عن الصرع يقول:





أبقراط أبو الطب والممارسات الإكلينيكية

"وهكذا يبدو لى أنه ليس أكثر قداسة أو أكثر إلوهية من سائر الأمراض الأخرى وأن له سببا طبيعيا ينشأ عنه ، شأنه فى ذلك شأن سائر العلل.. ولو أنك فتحت الدماغ لوجدت المخ رطبا مليئا بالعرق ذا رائحة كريهة ، وبذلك نرى أنه ليس إلها ذلك الذى يؤذى الجسم وانما هو المرض" (كشدان:١٩٨٤، ٢٩) وبذلك فقد كان لأبقراط الفضل فى تخليص علم النفس المرضى والممارسات الاكلينيكية لعلاجه من النظريات التأملية (الغيبية) الفلسفية من جهة، وكذلك من الاتجاه الصوفى الغامض الذى كان يسيطر على رجال الدين ، فقد كان هدفه أن يفسر موضوعات هذا العلم على أساس موضوعى بحت (فهمى: ١٩٦٧،٥) وبذلك فانه قد أسهم فى نشأة علم نفس الشواذ حيث ربط بين الاضطرابات الحسية والحركية وبين اصابات المخ، كما قام بأول تصنيف nosology للأمراض النفسية عندما ميز بين الصرع، وحالات الاستثارة الفائقة (الهوس)، وحالات الاكتئاب الفائقة التى سماها بالماليخوليا، وبذلك فانه يكون قد تعرف على الهوس ، والسوداء أو الاكتئاب ، والهذيان، ورسم الصورة الاكلينيكية لكل مرض من أمراض التصنيف معتمدا

على الملاحظة السريرية اليومية.. وفى صدد العلاج أوصى أبقراط بالحياة الهادئة والحميمة والتمارين الرياضية الخفيفة، واستعمال الحمامات والنظم الخاصة في التغذية.. كما كان يعتقد في أهمية الوراثة والتكوين الأولى فى المرض العقلى. بالاضافة لذلك فانه كان يعتقد كما هو الحال فى التحليل النفسى أن تفسير الأحلام من الممكن أن يفيدنا فى فهم شخصية المريض.. غير أنه ينبغى أن ندرك مع ذلك أن أفكاره المتعلقة بأسباب المرض لم تكن على نفس الدرجة من التقدم التى كانت عليه تصنيفاته واسهاماته فى علم النفس المرضى ، فقد رأى أبقراط أن كل الأمراض ترجع الى زيادة فى الأخلاط وهى سوائل مزعومة كان يظن أنها تدور فى داخل الجسم. ومع ذلك : فقد كانت أفكاره ثورية حقا اذا ما قورنت بثقب الجمجمة أو العلاج بالرقية. (كشدان : د . ت، ٢٩، كوفيل وآخرون : د.ت، ٢٠، أسعد : ١٩٧٧، ٢٣، فهمى : ١٩٦٧، ٥)

- أما **أفلاطون** (٤٢٩-٣٤٧ ق.م) : فقد أكد نظرية أبقراط فى أن المخ يلعب دورا هاما فى الحياة العقلية للانسان ، كما أظهر استبصارا عميقا بالشخصيات الانسانية ، ونادى بوجود فروق فردية فى الذكاء وفى السمات السيكولوجية الأخرى، وكان يرى أن الانسان مدفوع بواسطة رغبات طبيعية، واعتقد أفلاطون أن الروح تتكون من جزأين : الروح المهذبة : وهى أبدية خالدة مقدسة ومركزها المخ ، والروح غير المهذبة وهى مصدر الشعور والنزعات ومركزها الصدر.. كما أنه أشار الى أن الاضطراب العقلى يرجع فى منشئة الى عامل نفسى وعامل فيزيقى وعامل إلهى .. وقد وصف علاقة المريض بالمعالج فى الموقف العلاجى ، وكان يعتقد أن التخيلات والأحلام ليست الا اشباعات بديله للعواطف المكبوتة، وقد أدخل مفهوم المجرم بوصفه شخصا مضطربا عقليا .. كذلك أوضح أفلاطون أهمية المؤثرات الثقافية كعامل فى التفكير والسلوك ... وبذلك تكون آراء أفلاطون لها قيمتها فى فهم السلوك الشاذ ، مما يدل على نقاوة نظراته حول السلوك الانسانى وتخطيه حال الجهل والشعوذة فانه اعتبر المرض النفسى عضويا وخلقيا أو

مقدسا، ومؤكدا النموذج الطبيعى فى فهم السلوك الشاذ.(كوفيل وآخرون : د.ت، ٢٠، فهمى ١٩٦٧، ٥ ، أسعد: ١٩٧٧، ٢٣).

ثم جاء أرسطو (٣٨٤-٣٢٢ ق.م) وهو من تلاميذ أفلاطون والذى ذهب الى أن القلب هو مصدر التعقل والاحساس حيث تنبع منه أفعال الانسان وما يصدر عنه من حركات (فهمى :١٩٦٧، ٥) .. وقد اعتقد فى الأساس الفسيولوجى للمرض العقلى حيث اتبع نظرية أبقراط فى الأخلاط ورأى بأن الصفراء الحارة مثلا تولد الرغبات الجنسية وقد تدفع الى الانتحار.. وعلى الرغم من أنه كان يرى احتمال تأثير أسباب سيكولوجية كالاحباط والصراع فى المرض النفسى غير أنه أهمل هذا العامل حيث كان تأثره بالفكر الفلسفى كبيرا حتى أن وجهة نظره هذه قد أخمدت آية محاولات لهذه التفسيرات السيكولوجية زهاء ألفى سنة .

أما فى روما:

فانه فى خلال النصف الأخير من حياة أرسطو (٣٠٠ق.م) وذلك بعد سقوط أثينا فى عام ٤٠٤ق.م انتقلت السلطة الحربية الى أيدى الرومان، وأصبحت روما والاسكندرية مراكز اشعاع للحركة العلمية والثقافية ...وعلى الرغم من ازدهار الحركة الفكرية فى هذه الفترة ، فلم تصادف العلوم العقلية أى تقدم حتى منتصف القرن الأول قبل الميلاد.

فقد كان الرومان أكثر انشغالا بتنمية مهاراتهم الحربية المتصلة بحكم امبراطوريتهم الواسعة .. ولذلك فانهم كانوا فى مجال الطب يقنعون باقتباس آراء غيرهم بدلا من أن يعمدوا الى التدبر والابتداع (سوين:١٩٧٩، ٨) .. فقد استمر الرومان فى اتباع تعاليم الأطباء والفلاسفة اليونانيين فى علاجهم للمرض العقلى حيث استقر فى روما كبار أطباء اليونان المبرزين الذين واصلوا دراساتهم وتعليمهم..

وفى وسعنا أن نستعرض المناخ الطبى عند الرومان من خلال رسائل سلسوس Celsue التاريخية .. De re Medica ففى أيامهم عاد التفكير الخرافى القائم

على التطير والصوفية الى درجة أن المواطنين كانوا يدعون الى اجتماع خاص اذا ماظهرت بادرة سوء أو نذير من نذر الشر كأن يشاهد أحد المواطنين خلال نوبة صرع.. وازدادت أعداد الأشخاص الذين تم تشخيصهم بوصفهم مصابين بالمرض العقلى لأسباب منها ازدياد قدرة الأطباء على التشخيص وعلى أن يتبينوا عددا أكبر من أمارات المرض العقلى.. وترتب على ذلك أنهم وجدوا قدرا كبيرا من التفاتهم الى عمليات العلاج التى كان على رأسها استخدام "اجراءات الاصلاح القاسية" من قبيل استخدام آلات التقييد . وكان على الشخص مريض العقل أن يتعلم الانتباه والالتفات ليمكنه أن يتعلم ويتذكر ما يصنع عن طريق استخدام التجويع والعقاب بل الارهاب.. أى أنهم كانوا فى الواقع يضطرونه الى أن يعود الى حظيرة التعقل . (سوين : ١٩٧٩، ٨-٩، Carson, et al, 1988).

وعلى الرغم من ذلك : فقد وجدنا جهودا بارزة لفهم طبيعة المرض العقلى من ذلك:

- **اريتايوس Aretaeus** (فى القرن الأول قبل الميلاد) الذى كان من أظهر مَنْ أسهموا فى هذا الميدان فى الامبراطورية الرومانية.. اعتقد اريتايوس أن المرض العقلى امتدادا سيكولوجيا لسمات الشخصية السوية، وكان يعتقد أن هناك استعدادا طبيعيا لأشكال معينة من الاضطراب العقلى (كوفيل وآخرون: ت.د،٢١).. وأمن بأن كلا من الهوس والماليخوليا مظهران لمرض واحد بعينه، وان كان قد سلم بأن الحالة الباثولوجية التى تعرف باليوفوريا Euphoria يمكن أن تظهر مستقلة منفصلة.. كذلك أيد الرأى القائل بأن الحالات العقلية العنيفة ليست الا مغالاة وتضخيما لما يكون فى شخصية الفرد أثناء السواء من استعدادات ومزاج.. كما وجه اريتايوس عناية الى مسألة التنبؤ بسير المرض Prognosis أعنى التطور المحتمل لمرض معين والى التشخيص الفارق أعنى الفروق بين الأعراض الاكلينيكية التى تميز بين مرض ومرض آخر وذلك مثل اليوفوريا المرتبطة بالهوس، واليوفوريا المرتبطة بالسكر بفعل الخمر (سوين:١٩٧٩، ٩). وكانت

احدى أفكاره الأساسية (اعتبار بؤرة المرض العقلي في الدماغ وفي البطن) بداية للمنهج السيكوسوماتي في الطب (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢١).

الاسكندر الأكبر (٣٥٦-٣٢٢ ق.م) أسس مصحة للمرض العقلي كان يمارس فيها التدريب والترفيه والشغل تلك الوسائل التي ظلت تستخدم حتى العصور اليونانية والرومانية المتأخرة (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢١).

أسكليبادس Asclepades (١٢٤-٤٠ق.م) . وهو طبيب وفيلسوف يوناني المولد تخصص في الأمراض العضوية وكان قد بدأ دراسته كخطيب، ثم تحول بعد ذلك الى دراسة الطب ، وهو أول من فرق بين المرض العقلي الحاد والمرض العقلي المزمن ، وبينما كان الأطباء في ذلك الوقت يضعون الهذاءات والأوهام والهلاوس تحت اسم واحد هو الخيال Phantia فانه قد فرق بينها (كوفيل وآخرون : د. ت، ١٢) . ولقد رأى اسكليبادس أن المرض العقلي سببه الاضطراب الانفعالي الذي يصيب بعض الأفراد، وهو لذلك كان ينصح بالرفاق المرحين والموسيقى والانسجام كوسائل علاجية.. وقد كان من أوائل الأطباء الذين لايوافقون على حجز المرضى العقليين في حجرات مظلمة، بل كان على العكس من ذلك ينصح بوضعهم في حجرات مضيئة اضاءة جيدة، ذلك أن الظلام يزيد من مخاوف المرضى، كما يزيد من مشاعر البؤس التي تسيطر عليهم وبالتالي تزيد من جنونهم.. ويتضح من الأفكار التي كان ينادي بها اسكليبادس أنها كانت مصبوغة بصبغة انسانية، وأن العامل النفسي له دور كبير في شفاء المرضى (فهمي:١٩٦٧،٦)

- أما **كلسوس Celsus** الذي كان طبيبا وظهر في نفس الوقت الذي ظهر فيه المسيح عليه السلام فقد كانت له بعض الآراء التي تعتبر ثورية بالنسبة لهذا العصر فيما يتعلق بمجال الطب النفسي، ذلك أنه كان يرى أن المرض العقلي لايتم الشفاء منه عن طريق الفلسفة فالفلسفة وسيلتها الكلمة ، والكلمة قليلة الفاعلية في الشفاء .. وقد هاجم معظم الأساليب المتبعة في علاج المرضى العقليين ومن أهمها

أسلوب العنف والضغط والشدة ، وكان هذا الأسلوب يمثل فلسفة عصره في علاج المرضى العقليين.. ونتيجة لذلك خرج كلسوس بمفهوم جديد عن علاج المرضى العقليين يقوم على تخليص العقل مما يسيطر عليه من ضغوط وتوترات لاتحتملها النفس البشرية (فهمى: ١٩٦٧، ٦)

وفى نهاية القرن الأول الميلادى كتب **سورانس** Soranus - وهو طبيب - عن الأصول الواجب اتباعها فى علاج المرضى العقليين، فقرر أنهم يجب أن يعاملوا برفق، وألا يكون فى تلك المعاملة آية قسوة .. وكان يرى أن المرضى العقليين يجب أن يوضعوا فى حجرات معتدلة الاضاءة ودرجة الحرارة بعيدا عن الضوضاء وألا تكون هناك آية زخارف أو رسوم على جدران حجرات هؤلاء المرضى.. وكان من رأيه : أن يكون موضع هذه الحجرات فى الطابق الأرضى حتى لايلقى أنفسهم من الأدوار العليا.. وقد استفاد سورانس كثيرا من آراء كلسوس الا أنه شأنه فى ذلك شأن أستاذه اسكليبادس والذى تتلمذ على يديه لم يخلف لنا من كتاباته الأصلية الشئ الكثير (فهمى : ١٩٦٧، ٦-٧ Costin, 1990)

وفى حوالى تلك الفترة كان هناك اتجاه آخر فى مجال الاهتمام بالمرض العقلى يمثله الطبيب **كايليوس أوريليانوس** Caelius Aurelianus الذى تناول المرض العقلى من زاوية الانحرافات الجنسية ، واعتبر الجنس مصدرا للأمراض العقلية يصيب النساء والرجال على حد سواء (فهمى: ١٩٦٧، ٧)

ثم جاء **جالينوس** (١٣٠-٢٠٠ ميلادية) : واذا كان أبو قراط يمثل قمة الطب الاغريقى، فان جالينوس كان ذروة العالم الرومانى .. وعلى الرغم من أن الرجلين قد فصلت بينهما سبعة قرون ، الا أنهما تشابهت أمزجتهما : فقد كان كل منهما شديدا فى هجماته ، وقوى التعبير عن معتقداته (سوين : ١٩٧٩، ٩).. ولقد قام جالينوس بترقية أفكار أبقراط ، فأيد الرأى القائل بأن الاختلالات التى تطرأ على جهاز الأخلاط تؤدى الى معظم علل الانسان وأمراضه ، كما كانت تحسيناته لنظرية الأخلاط من الدقة بحيث أنها سادت وانتشرت فترة تزيد على ألف سنة..

وعلى الرغم من أن نظرية الأخلاط انتهى الأمر الى التخلى عنهـا، الا أنهـا جنحت الى تأييد النموذج الطبيعى فى المرض العقلى حين ردت سبب كل اختلالات الجسم الى أسباب بدنية (كشدان: ١٩٨٤، ٣٠).

وعلى الرغم من أن جالينوس كان توفيقياً ـ أى شخصا لايدعو الى نظرية واحدة، ولايرفض نظرية مفردة ، فانه كان يتخير ويجمع وينسق بين أحسن ماتراكم من المعرفة ـ فانه يؤثر عنه أنه رأى أن العضو أو الجزء المتأثر بالمرض قد لايكون بالضرورة هو ذلك الجزء الذى يستقر فيه المرض.. ذلك أن المبدأ القائل بمشاركة الشعور أو العرض القائم على " المشاركة الوجدانية" كان يجيز ظهور العرض فى جزء من الجسم منفصل عن المنطقة المريضة . ووجهة نظره هذه تؤدى مباشرة الى مبدأ العلاج فى أيامنا هذه : عليك أن تعالج المرض لا العرض".. ولعل هذا انما يصدق بصفة خاصة على حالات الهستريا الأمراض السيكوسوماتية ـ حيث يكون من الواضح أن العرض من قبيل العمى الهستيرى مثلا لاينشأ فى الشبكية أو العصب البصرى، وانما يكمن فى مناطق انفعالية أكثر عمقا (سوين: ١٩٧٩، ٩-١٠).

بالاضافة الى ما سبق فانه قد قام بجمع مادة وفيرة فى ميدان الأمراض النفسية والعقلية وتصنيفها، واضطلع بدراسات تشريح الجهاز العصبى وعلاقته بالسلوك الانسانى . وكان يعترف بثنائية الأسباب الفيزيقية والنفسية فى المرض العقلى ، وأحصى عدة عوامل مختلفة مثل : اصابات المخ ، وادمان الكحول، والخوف ، والمراهقة، وسن اليأس، والأزمات الاقتصادية والحالات العاطفية (كوفيل وآخرون : د . ت، ٢٢)

وعلى هذا : فان جالينوس يكون قد فعل الكثير حين ألف بين وجهات النظر التى ترى بأن المخ هو مركز الاحساس والروح والتى تدرك دور العوامل البيئية والمادية فى التأثير فى العقل، والتى ترى العلاقة بين المرض العقلى والنفسى (سوين: ١٩٧٩، ١٠). وهذا ما يؤكد النموذج الطبيعى للمرض العقلى.

وعلى الرغم من ذلك : فان جالينوس قد غلف كثيرا من أعماله العلمية ـ كما فعل الكثيرون من أبناء عصره ـ بالغيبيات فأحاط نتائجه العلمية بالغموض.. اذ كان ينسب الى كل عضو من الجسم مؤثرات دينية أو فلكية .. ولما كانت مكانته العلمية عظيمة الشأن، فقد أعيق التقدم لعدة قرون بعد موته بالجدل فى الجوانب الميتافيزيقية لأعماله .. وبالتالى فقد تأخر التفكير المستقل فى علوم الطب حتى جزء من ق ١٨. (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٢). أضف الى ذلك : فان موت جالينوس (٢٠٠م) مع انتشار المسيحية كان بمثابة تحول درامى ، ذلك أن الكنيسة بعد ذلك صارت أداة سياسية واجتماعية أكثر قوة وبأسا حلت محل الطبيب فى دور الوصاية على جسم الانسان وروحه .. ولذلك مالبثت الانسانية أن تخلت عن النموذج الطبيعى فى المرض العقلى (Costin, 1990)

٤ ـ الفكر السيكاترى والممارسات الاكلينيكية عند علماء العرب المسلمين :

بموت جالينوس أرخت العصور الوسطى أوزارها على البشرية ، وتوقفت مسيرة الطب، وعاد عصر الظلمة أو الجهالة الطبية فى أوربا وساد التفكير الخرافى القائم على التطير ليسود العالم المتمدين ، فقد حرمت التعاليم اليونانية الرومانية بوصفها نوعا من الوثنية ، وعاد المرض العقلى ينظر اليه على أنه نوع من المس الشيطانى للجن (سوين : ١٩٧٩، ١٠)...

فى هذا الوقت حمل الفلاسفة والأطباء العرب الشعلة العلمية وأججوا أوارها، ولقد كانت معاملة العرب المسلمين للمرضى العقليين تختلف فى كثير من الأوجه عن تلك التى كان يلقاها أمثالهم فى العالم الغربى.. ويرجع ذلك الى:

ـ أن العقيدة الاسلامية تنهى عن قتل النفس الا بالحق، وتقر المعاملة الانسانية للضعيف والمريض.

ـ تأثر أطباء العرب برواد الطب اليونانيين ـ مما جعل الحضارة الأوربية تقوم على ما كتبه رواد الطب العرب.

- إهتمام الخلفاء المسلمين باقامة المستشفيات لعلاج هؤلاء المرضى والتى كان يطلق عليها البيمارستانات وكان أولها البيمارستان الذى أنشأه الوليد بن عبد الملك سادس خلفاء بنى أمية عام ٨٨هـ (٧٠٧م).. وقد شهدت البيمارستانات التى أنشئت فى دمشق وفى مصر صورة مشرقة للمعاملة التى كان يعامل بها المرضى فى تلك العصور ومنها بيمارستان الرشيد، وبيمارستان البرامكة ، والبيمارستان المنصورى، وبيمارستان صلاح الدين .. وعلى الرغم من أن هذه البيمارستانات قد شهدت فى بعض الفترات شيئا من الاهمال والتدهور الا أن هذا الاهتمام بعلاج المرضى النفسيين لم يكن له مثيل فى العالم الغربى..

ومن سوء الحظ أن ما قدمه العرب للطب النفسى وللمعرفة الانسانية بصفة عامة من أمثال الطبرى وابن سينا، والكندى، وابن رشد ، وأبو بكر الرازى ، والفارابى، والغزالى ومئات غيرهم ممن تمتلئ المكتبات الأوربية والروسية والأمريكية بمخطوطاتهم لانكاد نسمع عن جهودهم شيئاً، فى الوقت الذى نجد روسيا تقيم لابن سينا مجمعا علميا وتمثالا ويعتبرونه مفكرا روسيا ، وتقيم أسبانيا تمثالا لابن رشد باعتباره جزءا من حضارة أسبانيا .. واليوم نكاد لانجد فى برامج التعليم الجامعى وغير الجامعى فى الدول العربية الا القليل عن تراث علمائنا (ياسين : ١٩٨٦، ٢٧).

وها نحن نشير الى جهود العلماء العرب المسلمين فى مجال الطب النفسى وفى فهم طبيعة المرض العقلى والسلوك الشاذ فى الوقت الذى ساد فيه عصر الجهالة العلمية والطبية فى أوربا.. من هؤلاء العلماء نذكر:

- ابن سينا (٣٨٠هـ، ٩٨٠-١٠٣٧م):

كان طبيبا وجراحا ونفسانيا من الطراز الفريد ، أجاد اللغات اليونانية لاتينية والعبرية والعربية، تعلم على يديه ٦٠٠ طبيب، وقام بتدريب ٣٠٠٠ لذلك ب بأمير الأطباء، وقد ظل كتابه " القانون" هو المرجع الأول الطبى فى أوربا

وجامعاتها لما يزيد على ٦٠٠ سنة.. وقد وضحت انجازاته فى المجال السيكاترى فى عدة موضوعات:

فقد كان أول من اكتشف العامل النفسى فى انتاج المرض العقلى، ويعتبر المؤسس الأول للطب السيكوسوماتى فى بيان علاقة الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية.

- ولقد سبق ابن سينا (شرنجتو وهيب) فى توضيح العلاقات بين الخلل الدماغى العصبى والمرض العقلى من جهة والاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية من جانب آخر .. وقدم لنا كشفا كاملا للعلاقة بين الجهاز العصبى والأمراض النفسية والعقلية (عطوف ياسين : ١٩٨٦، ٢٨).

وبذلك كان ابن سينا أول مَنْ بدأ التأريخ للنموذج النفسى فى نشأة الأمراض النفسية والذى ستتضح معالمه مع الثورة السيكاترية الحديثة.

- وكان ابن سينا أول من استخدم التحليل النفسى فى علاج مرضاه.. فقد سبق فرويد فى استخدام طريقة الايحاء فى العلاج اذ يروى "براون" الواقعة التالية عن ابن سينا فيقول:

"أصيب أحد الأفراد بالكآبة متوهما أنه بقرة، فكان يخور كالبقرة ويزعج الناس ويصرخ اقتلونى وأعدوا من لحمى طعاما شهيا ، وامتنع عن تناول الطعام.. وقد طلب الى ابن سينا معالجة المريض فبعث اليه برسالة يطلب فيها منه أن يبشر بمقدم الجزار، وابتهج المريض ودخل ابن سينا على المريض فى فترة لاحقة يقول ملوحا بسكينه الحادة : أين البقرة فانى أريد ذبحها، فخار المريض كالبقرة مشيرا الى مكان وجوده، وهنا مدد المريض على الأرض وقيدت قدماه ويداه بأمر ابن سينا الذى تحسس جسم المريض، ثم أردف : انها بقرة نحيلة جدا لم يحن ذبحها ولابد من تسمينها أولا .. ثم قدم الطعام الملائم فتناوله المريض بلهفة واستعاد قوته شيئا فشيئا ، وتخلص من وهمه تماماً".

وفى مجال تبصير المريض بمكنونات شعوره لجأ ابن سينا الى طريقة التداعى الحر التى تشير الى تنظير الباحث لفكرة الكبت واللاشعور .. إذ يروى عن ابن سينا أنه:

"أعجز مرض ابن أحد الأمراء الأطباء فنودى على ابن سينا .. فدخل أمير الأطباء على الشاب فأمسك بنبضه وراح يردد على مسامعه أسماء الأحياء فى المدينة، فانتفض نبض المريض عند ذكر حى (الناضرة).. وأعاد ابن سينا ترديد أسماء بيوتات الحى على المريض الى أن انتفض نبضه عند ذكر أسرة (القيسى).. فترك ابن سينا المريض ليسترجع هدوءه وردد على مسامعه أسماء أبناء القيسى وبناتهم، فانتفض نبض المريض لاسم (فاطمة) ، عندها صاح ابن سينا زوجوه من فاطمة ففعلوا وشفى ابن الأمير" (أسعد: ١٩٧٧، ٢٣-٢٤).

- بالاضافة الى ذلك : فقد تحدث ابن سينا عن دور الوراثة ومؤثراتها، ولكنه لم يهمل تأثير البيئة.. فعارض فكرة الحجز والعزل فى السجون لأمراض العقول.. ولذلك انتشرت المصحات العقلية فى عهده فى شتى المناطق وكان أول من طبق العمليات الجراحية Psycho – Surgery لمرضى العقول، وأحرز فيها نجاحا ملحوظا .

ولقد كان المسلمون أول من أقام المصحات للعلاج العقلى والنفسي والجسمى دون عزل بينها لارتباطها وتلاحمها.

وكان ابن سينا أول من فكر فى التحليل الجشطالتى الشمولى لأسباب العلة، وأول من طبق العديد من أساليب العلاج دون التعصب لمنهج واحد، واستخدم العقاقير والأدوية والحمامات والاسترخاء ، وطبق الجراحة، ونادى بتغيير بيئة المريض وتنظيم غذائه، وفتح الباب أمام العلاج السلوكى ومفاهيمه، كما قام بتصنيف الأمراض بأنواعها ودرجاتها مستفيدا من منهجية أرسطو، والمعرفة الفيزيولوجية عند أبقراط ومن أسلوب جالينوس.. وبذلك فإنه ترك مدرسة كاملة فى

الطب النفسي والعصبي، وتراثا خالدا يقوم العلماء الروس الآن باكتشاف كنوزه (عطوف ياسين: ١٩٨٦، ٢٨-٢٩).

ابن رشد (١١٢٦-١١٩٨) :

كان ابن رشد عالما وطبيبا وفيلسوفا .. احتوى كتابه الخالد " الكليات" أعظم نظرياته الطبية .. وبالنسبة للفكر السيكاترى لديه:

- قام ابن رشد بتصنيف الأمرض ، وفرق بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض المزمنة .. وقال : " ان بؤرة المرض هى فى الدماغ والبطن"، وبذلك فانه قد أوضح الالتحام بين الفيزيولوجيا والأمراض العصبية والعقلية.

- ومن ناحية أخرى : فقد شدد ابن رشد على الأثر النفسى وعوامل البيئة فى تكوين المرض، واعترف بأثر العامل الوراثي فى تكوين المرض العقلى، وان كان عقله النقدى قد ساقه الى رفض الوراثة والتركيز على البيئة تشخيصا وعلاجا ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته..

ولقد انتشرت مبادئ ابن رشد السيكوفيزيولوجية فى مئات المصحات العقلية التى انتشرت فى الأندلس (أسبانيا)، وقام بمعالجة المرضى باستخدام وسائل متعددة دون الاكتفاء بأسلوب واحد، واستفاد رواد النهضة منها فيما بعد.

ومهما يكن من أمر ، فما تركه أبو كبر الرازى، والطبيب الكندى، ومئات غيرهم يجعلنا ندرك أن للعرب والمسلمين دورا حضاريا فذا لايجوز بحال اهماله أو التنكر له (عطوف ياسين: ١٩٨٦، ٢٩).

٤ - العصور الوسطى المظلمة فى أوربا:

تعرضت كل مجالات العلم للخسوف الكلى بسقوط الحضارتين اليونانية والرومانية، وعادت التفسيرات السحرية والنظرية الشيطانية الى الازدهار بعد أن تقوت تحت حماية العقائد الكنسية ، وامتدت أصابع الاتهام لتحكم على كل سلوك مناف للعقائد السائدة بالمرض - أى بمس الشيطان وامتلاكه للثائرين على المألوف،

وانتشرت الأوبئة ، وضرب القحط سكاكينه فى المجتمعات ، ومات الملايين فى أصقاع القارة الأوربية ، ولم يقو الناس على مجابهة مواطن الشر والأشرار ، فلجأوا الى ارجاع أسباب الشر الى الشيطان وحاولوا طرد الشياطين من المجتمع بأساليب شتى اختلفت حسب مدى سيطرة الكنيسة على عقول الناس (أسعد:١٩٧٧، ٢٤). فلقد أصبحت رعاية المريض العقلى يعهد بها الى أيدى القساوسة والرهبان، كما حلت الصلوات والتوبة محل العلاج الطبى ، وأصبح السلوك الشاذ يتم تفسيره عندئذ على أنه من عمل الشيطان.. وبحلول القرن الخامس صار السحر يوصم بأنه هرطقة، وأخذت مهمة الكنيسة تتحدد وتتضح : تحرير الانسان من قوى الشيطان الخفية، وظهر من داخل الكنيسة مختصون بالشياطين مهمتهم التعرف على من سكنت الأرواح أجسادهم لتخليصهم من تأثير الشيطان (كشدان:١٩٨٤، ٣٠ Mehr, 1983) وفيما يلى نعرض لأشهر الأساليب المستخدمة فى علاج السلوك الشاذ فى هذه العصور من ذلك:

- استخدام التعاويذ والرقى:

فى الجزء الأول من العصور الوسطى كانت المحاولات التى تبذل لطرد الأرواح الشريرة أو الشياطين محاولات لطيفة نسبيا اذ كانت فى معظمها تقوم على اقناع الشخص الذى به مس بأن يلمس الآثار الدينية، وأن يقرأ الأدعية ويؤدى الصلوات ويتناول المشروبات السحرية (كشدان : ١٩٨٤، ٣٠)، وكانت الأحجبة أمرا ضروريا ، كما أصبحوا ينظرون الى التعاويذ باعتبارها إجراء أساسيا فى الطب.. وعولجت الأمراض النفسية بطريقة تتفق والأسباب التى اعتقد أنها تولد المرض.. واستخدمت الصلوات والمياه المقدسة وبصاق الكهنة وأنفاسهم .. وتطور أسلوب العلاج فى المراحل المتأخرة مستغلا الاعتقاد الشائع من أن كبرياء الشيطان هى التى أدت الى سقوطه فى البدء ـ فاستخدمت أقذع العبارات بقصد الاساءة للشيطان الممسك بالمريض بغية دفعه الى الهرب .



علاج المرضى العقليين بالصلوات الكنسية فى العصور الوسطى

وهكذا : لم يعد لعلم النفس المرضى وجـود ، واقتلعت جذور الطب العقلى فصار لاهوتا ، وحل الكاهن المبارك محل الطبيب العالم.. وحتى عند تطبيق الأساليب العلمية المعروفة فى ذلك الوقت ، كان يصحبها التلفظ بعبارات غريبة غامضة.. وكان أحسن الأطباء فى ذلك الوقت يستخدمون التمائم ـ فمثلاً:

ـ الاسكندر الترليسى (٥٢٥-٦٠٥م) : الذى كان قد ألح على أهمية العوامل التكوينية وربط بينها وبين أنماط معينة من المرض العقلى، وعلى الرغم من أنه درس جراحات الفص الجبهى ولاحظ التغيرات السلوكية المصاحبة لها فانه كان يعالج المغص القولونى مستخدما حجرا حفر عليه هرقل يقهر الأسد (كوفيل وآخرون : د.ت، ٢٣) .. كما وجدت تعليمات خاصة باعداد مشروب سحرى كان يظن أنه فعال الى درجة فائقة لإزالة الأعراض المرضية من ذلك :

"خذ خصية جدى ذبح منتصف ليلة الثلاثاء ، وخلال الأيام السبعة الأولى من الشهر القمرى ، وخذ كذلك قلب كلب ، واخلطهما بفضلات طفل حديث الولادة،

ثم قم بطحن هذا كله حتى يصير مسحوقا ، وتناول منه مقدارا مساويا فى حجمه لنصف زيتونه مرتين كل يوم" (كشدان : ١٩٨٤، ٣١).

ـ كذلك : فانه وفى ذروة هذا العصر كان القديس جريجوريوس من تور St.Gregory of Tours (٥٩٤م) حين يقوم بعلاج الصداع يلمس البقعة المضطربة بعصا القديس مارتن،ويلتمس المغفرة من الشهيد المقدس" اذ تم الالتجاء الى الطب القائم على الالحاد".. وكانت الترانيم والتلاوات من الأهمية فى العلاج ، وبين أدوات الطبيب بمنزله باقى عدده وأدواته .. وكان التشخيص يتجه الى تجديد الأمارات التى تكشف عن وجود الشيطان بدلا من تحديد الأعراض التى تكشف عن حاجة الشخص الى العناية الطبية (سوين : ١٩٧٩، ١٠-١).

انتشار هوس الرقص :

عرف هوس الرقص فيما بين القرن العاشر والخامس عشر باسم " الجنون الجمعى" حيث كانت تشاهد فى أوربا مجموعات كبيرة من الناس ترقص بوحشية حتى يتساقطون من شدة الاعياء ، وكانت هذه الحالة تسمى " بالعنكبوتية" Tarantism لأنهم كانو يعتقدون أن الهوس mania نتيجة لدغة " أبو شنب" tavantula وهو عنكبوت أرضى سام ..

وفى مكان آخر من أوربا الغربية كان هذا الهوس يسمىStvitus Dance ومن الصعب أن نقول بأن هذه كانت مظاهر وباء عام، ولكن نستطيع القول بأنه كان هناك عدد كبير من الناس يعانون اشكالا مختلفة من الخوريا.. وقد يكون الخوف من هذا الاضطراب الغامض هو الذى أشاع هذه القابلية الجماعية للايحاء والهستيريا التى ظلت غير مفهومة، وبالتالى اعتبرت حالة اكلينيكية واحدة (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٣-٢٤).



هوس الرقص فى القرن الخامس فى بيزنطة

ولما تقدمت العصور الوسطى وأصبحت كتابات أصحاب النظريات الشيطانية أكثر دقة، وجدنا كتاباتهم قد أخذت تتضمن تعليمات مفصلة عن كيفية الاستدلال على وجود الشيطان، وكان حدوث الرؤى التى نسميها اليوم بالهلاوس البصرية يعد دليلا على أن الشخص به مس.. كما أن علامات الشيطان عبارة عن أشياء ترسم على الجلد من قبيل الشامة والمواضع الملونة من البشرة، وكذلك المواضع المخدرة من الجلد وهى المواضع التى لايكون بها احساس (كشدان: ١٩٨٤، ٣١)

ـ استخدام الوخز بالآلات الحادة :

ثم تطورت طرق العلاج حيث كان الناس يعتمدون على سجلات المناطق المخدرة أو التى لااحساس فيها لاثبات المس والتعاون فيما بين المريض والجن.. فقريبا من نهاية العصور الوسطى كان المختصون بالأرواح يسافرون من مكان الى

مكان وقد صحبهم أعوان لهم يقال لهم المختصون بالوخز Prickers الذين يحملون أدوات خاصة أشبه بالسكاكين يتحسسون بها أجسام الأشخاص المشتبه فى أمرهم بحثا عن المناطق غير الحساسة من الجلد، ولأن المختصين بالوخز كانوا يؤجرون على كل حالة يتعرفون عليها، نجد أنهم لم يكونوا فوق مستوى الخديعة، وأن النصل فى بعض أدواتهم كان يمكن أن يرتد خفية الى المقبض المجوف، بحيث أن الأداة اذا دفعت فى جسم المشتبه فيه لاتحدث ألما ، وعندئذ يصبح فقدان الاحساس للجلد دليلا قاطعا على أن الشخص به مس من الجن (كشدان:١٩٨٤، ٣١). كذلك فانه فى هذه الفترة : اشتد الاهتمام بالوصف المفصل لأنواع الشياطين المسئولة عن شفاء روح المريض حتى يتسنى التشخيص والعلاج.. ويقال فى هذا الصدد أن عملا موسوعيا (دائرة معارف) صدرت عن بسيلوس Psellus (١٠٢٠-١١٠٥) وهو راهب يبدو أنه كان معدا بصفة خاصة لمثل هذا العمل. (سوين: ١٩٧٩، ١١، Kisker, 1977).

- **استخدام التعذيب والقسوة :**

على الرغم من سيادة الأساليب السابقة فى علاج الاضطرابات العقلية والسلوك غير السوى طوال العصور الوسطى ، الا أنه مع تطور المعتقدات حول الشيطان فقد استخدمت أساليب أكثر قسوة وعنفا مع المجنون عقابا للشيطان المستوطن فيه، فصار المريض يضرب بالسلاسل الحديدية ويغطس فى الماء المغلى الى غير ذلك من أساليب ترمى لجعل جسم المريض منزلا مزعجا للشيطان.. وتطورت معتقدات المس فى نهاية ق ١٥ فصنف المرض الى نوعين:

أ - مس قسرى يمثل عقاب الله للفرد على خطيئته.

ب - مس ارادى يعاقب فيه الفرد الشيطان، واعتبر حليف الشيطان ساحرا يؤذى الناس والمجتمع، ويسبب العواصف المدمرة والمصائب والأمراض للأبرياء.. (أسعد: ١٩٧٧، ٢٤).

لذلك تشكل الفترة الواقعة بين ق ١٤-١٨ فصلا كئيبا في تاريخ المرض العقلي وكان العلاج أساسا هو محاولة طرد الشياطين، حيث لايختلف هذا العلاج كثيرا عن العقاب.. وقد اجتاج أوربا في ق ٤١ " الموت الأسود" (الطاعون الدملي)، وكان الاكتئاب الناجم عن ذلك والخوف الذي عم كل الناس جعلهم متقبلين لدرجة كبيرة لأعمال الجن والشياطين (كوفيل، وآخرون : د. ت، ٢٩).



أساليب التعذيب والقسوة التي تمارسها محاكم التفتيش

ولقد أدى ظهور التفتيش والتحقيقات قرب نهاية العصور الوسطى الى الاستخدام الواسع للعقاب الوحشي الذي ينصب على المخالفين والمعارضين .. وكان المختصون بالتفتيش والتحقيقات الذين تم تدريبهم على استخدام كل أنواع التعذيب يتجولون في كل أنحاء أوربا لاضطهاد أعداد لاحصر لها من الأبرياء باسم الكنيسة وباسم الدين . لذلك : رشق المصابون بالأمراض النفسية في فئة حلفاء الشيطان - وأشارت السلطات الدينية في ذلك العصر الى ملامح جسمية للتعرف على حلفاء الشيطان، فكان هؤلاء يعذبون بوحشية حتى يتم الاعتراف بتحالفهم ذاك.. وما إن

يدلى البائس باعترافاته تحت وطأة التعذيب حتى يزج به الى سياط الجلادين . وقد كان فردريك الثانى هو أول من حكم على الهراطقة بأن يحرقوا أحياء وبأن يسجنوا وتصادر أملاكهم وبيوتهم ويحرمون من أبنائهم.. كما ابتدعت طرق علاج جديدة لمضايقة الجن أو الشياطين ومن يسكنون من البشر ــ من ذلك اغراق الشخص فى بركة ماء فيما بين الصلوات أو الطقوس الدينية، أو ضربه بالسياط المصنوعة من جلود الحوت الصغير أو خنقه بالخشب المشتعل. (سوين: ١٩٧٩، ١١)

وكثيراً ما كان البعض يموت أو يعترف بخطيئة لم يرتكبها، ويتقبل الموت بالحرق أو الرجم.. واعتبر تقبل الموت دليلا على عفو الله .. أترى كان هؤلاء المتهمين أو أحدهم مصابا بمرض نفسى أو بآخر يزين له الانتحار والتخلص من آسار الضغوط والقلق بالموت المأسوى (أسعد : ١٩٧٧، ٢٥)

فلما كان القرن الخامس عشر الميلادى كانت ذروة اشتداد الأزمة بالشواذ والمرضى العقليين بنشر كتاب " المطرقة" مطرقة الجن والسحرة Malleus Maleficarum الذى ألفه اثنان من الرهبان الدومنيكان سنة ١٤٨٤ يدعيان جوهان سبرنجر وهاينزيش كريمر . Sprenger & H. Kraemer بتخويل من البابا الذى طلب منهما اصدار دليل رسمى عن الشياطين والسحرة.. وقد أحكم سبرنجر وكريمر توثيق موقفهما حين استصدرا الموافقة الرسمية على عملهما من كلية اللاهوت بجامعة كولونيا.. وبعد أن تسلحا بالوثائق الباهرة من الكنيسة والجامعة قاما بنشر " مطرقة السحرة" ، وأخذا ينشران ما به من تعاليم.. وقد كان هذا الكتاب يتألف من ثلاثة أجزاء :

- الجزء الأول منها : يثبت صحة وجود السحرة ويدلل على الحاجة الى أفراد مدربين يقومون بالتفتيش والتحقيقات.

- ويقدم الجزء الثانى : سردا مفصلا عما يفعله السحرة، ويبين كيفية الكشف عنهم والتعرف على وجودهم.

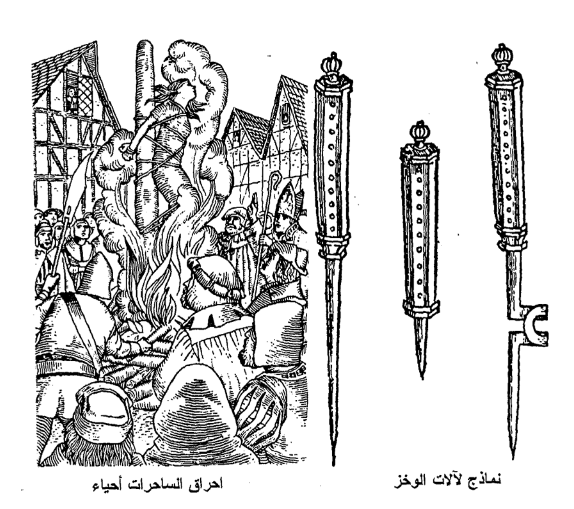
- أما الجزء الثالث : فيبين الاجراءات الرسمية لتقديم الساحرة الى المحاكمة واصدار الأحكام عليها.. وفى كل مرة على الدوام كانت الادانة تنتهى بخنق المتهمة حتى الموت ، أو بشد وثاقها الى أعداد الحطب ، ثم اشعال النار فيها حية... كما قدم هذا الجزء تقنيات محددة للحصول على الاعترافات من المتهمين، وهذه الاعترافات كانت تنتهى دائما بصورة من صور التعذيب (كشدان: ١٩٨٤، ٣٢-٣٣، Kisker, 1977)

وهكذا : أصبح كتاب المطرقة هو الكتاب المعتمد لدى القضاة زهاء مائتى عام وقد خول للقضاء المضى طبقا لقواعد التحقيق ، فتستخرج المحاكم الكنسية الأشخاص الذين يعتقد أنهم ممسوسين بالشيطان ، ويحول سيئوا الحظ الى السلطات المدنية لقتلهم أو تعذيبهم (كوفيل وآخرون : د. ت، ٢٤).



عشق الشياطين للنساء

احدى طرق التعذيب



نماذج لآلات الوخز

احراق الساحرات أحياء

وكان مما يدل على انحراف كتاب " مطرقة السحرة" أكثر هو كراهيته الصريحة والعنيفة للنساء ، وانه ليقدر أنه مقابل كل رجل يدان لاتصاله بالأرواح الشريرة كانت هناك خمسون امرأة يتم اعدامهن حرقا .. وكانت المحاكمة فى هذا على درجة مفزعة من البساطة - حيث أن النساء مخلوقات ضعيفات فاسدات أكثر استعدادا من الرجال للخضوع لتأثير الشيطان، ثم ان هذا التأثير كان ينتقل عن طريق الاتصال الجنسى بصفة عامة، أى أن النسوة كن يتحولن الى ساحرات من خلال الاتصال الجنسى بالشيطان.. كما أن الشيطان كان يوزع شروره بطريقة غير مباشرة عن طريق اطلاق شياطين أو مردة شبقين مولعين بالجنس يدعون Incubi

ليسطوا على النسوة الآمنات، كما كان هناك أيضا نوع من الجن الاناث يدعين: Succubiوان كن لم يحظين بنفس الكثرة من التقارير.. وهكذا وجدنا البرود الجنسي، والعجز الجنسى ، والشهوانية المفرطة، وغير ذلك من صور الانحراف الجنسى تنسب للشيطان وسفرائه .. كما أصبح المرض العقلى أمرا لاينفصل عن الخطيئة الجنسية : أى أن المشكلات الجنسية تكون مرتبطة بالتأثم والخوف وسوء الفهم وكان ينظر اليها على أنها علامة على أن الفرد قد أصابه المس.

وبذلك : كان كتاب مطرقة السحرة فى أيدى رجال التفتيش المسيحيين بمثابة أداة فعالة ولكنها فظة خشنة فى قمع كثير من صور الانحراف فى أوربا فى العصر الوسيط ذلك الانحراف الذى يعد اليوم نوعا من المرض العقلى.

ولقد أشار زلبورج وهنرى Zilboorg & Henry (١٩٤١) الى سيادة عدم الاستقرار السياسى والاجتماعى فى تلك الفترة الزمنية.. وذهبا الى أن كتاب "المطرقة" كان رد فعل للأمارات غير المطمئنة على تزايد عدم الاستقرار فى النظام القائم.. وعلى الرغم من أن المرضى العقليين لم يكونوا بدرجة أكبر من غيرهم فى مناهضة الأنظمة القائمة، الا أنهم كانوا أوضح فئات المنحرفين ـ لذلك تعرض مئات منهم للابادة المنظمة (كشدان ١٩٨٤، ٧٤-٣٥، Carson, et, 1988)

- رعاية المؤسسات لمرضى العقول :

وتعتبر هذه المرحلة من أشد العصور ظلاما وقسوة ضد مرضى العقول، فقد اتصفت تلك الفترة بسيطرة رجال الكنيسة (الاكليروس) الذين كانوا يحرقون العلماء والمصلحين.. ويشير مصطفى فهمى (١٩٦٧) الى أن الاحصاءات الواردة عن تلك الفترة المظلمة تمدنا ببيانات مروعة عن ذلك : فقد قتل ١٠٠,٠٠٠ بفرنسا أيام حكم فرانسيس الأول من هؤلاء التعساء من مرضى العقول، وفى جنيف تم احراق (٥٠٠) بالنار فى غضون ثلاثة أشهر عام ١٥١٥.. واستمر الحال هكذا حتى مطلع ق ١٩- فلم تكن فى أوربا مستشفيات أو معاهد خاصة تقوم على رعايتهم أو اعتبارهم بشرا ، فالأماكن التى كانوا يوضعون فيها كانت عبارة عن

سجون حقيقية يزورها الجمهور أحيانا لكى يشاهدوا الحركات المضحكة التى تصدر من هؤلاء التعساء (فهمى: ١٩٦٧، ٨).. وعلى الرغم من أن علوم السحر واحراق السحرة كانت قد أخذت تتضاءل فى منتصف ق١٧، الا أن المرضى العقليين ظلوا يعاملون معاملة قاسية اذ كان كثير منهم يودعون فى السجون وبيوت الصدقات، على حين كان الألوف منهم يتجولون فى الشوارع يستجدون الطعام، أضف الى ذلك أن المستشفيات العقلية فى ذلك العصر لم تكن تزيد عن أن تكون سجونا كبيرة (كشدان: ١٩٨٤، ٣٦).. والأمثلة على ذلك كثيرة:

ففى انجلترا : أنشئ فى لندن مستشفى فى أواخر ق ١٨ وأوائل ق ١٩ لهذه الفئة من الناس يعرف بمستشفى بيت لحم الملكى Royal Bethleme Hospital وهو المعروف بـ Bedlam وقد كان فى البداية دير للقديسة مارى بيت لحم، وقد بدأ فى رعاية المجانين عام ١٤٠٠، وفى عام ١٥٤٧ تحول الدير رسميا الى مستشفى للأمراض العقلية، ونظرا لعدم اتباع الطرق الانسانية فى العلاج فى هذه المستشفيات، فان اصطلاح Bedlam أصبح مرادفا لأى اجراء قاسى يتخذ مع المضطربين عقليا (كوفيل : د. ت، ٢٥).. ففى هذا المستشفى كان النزلاء تقيد أيديهم بالأغلال ويشدون بالسلاسل الى الجدران.. كذلك كان المرضى يعرضون على الناس لتسلية أهل لندن الذين لم يكونوا يمتنعون عن دفع مبلغ زهيد لقاء مشاهدة هذا العرض.. أما العلاج فلم يكن له وجود تقريباً.. وكان هؤلاء المرضى العقليين يعدون محظوظين ان هم تمكنوا من تجنب عقاب السجانين الساديين (كشدان: ١٩٨٤، ٣٦)



صورة لمريض عقلى فى احدى المؤسسات خلال القرن الثامن عشر

كذلك فان التقارير الواردة عن هذه الفترة بصورة صادقة للمعاملة التى يلقاها المرضى العقليين نذكر على سبيل المثال ماحدث بمستشفى يورك york بلندن فى عام (١٨١٤) حيث اندلع حريق مروع بالمستشفى ألم على كل تقاريرها ومات عدد كبير من المرضى العقليين بها واختفى بعض منهم .. وتحت الحاح وضغط الجمهور قام صمويل تيوك Samuel Tuke ـ وهو أحد أفراد عائلة كويكر Quaker التى أسست ملجأ يورك الذى يعتبر أول مستشفى للأمراض العقلية بلندن)ـ قام باجراء تحقيق شامل عن هذه الحادثة ضمنه التقرير التالى :

"لا توجد آية نوافذ للهواء فى الغرف فيما عدا غرف المرضى الأغنياء ، وقد حولت جميع غرف الرجال الى عنبر واحد ، كما أن هناك عنبرا آخر للنساء ، ولاتوجد أية اجراءات للحماية فى أى عنبر من المطر أو الحرارة، ولم يسمح الا للقليل من المرضى بارتداء القبعات والأحذية والجوارب انك لتجد فى هذا المكان أكثر من ١٠٠ مخلوق ضعيف وقد حشروا معا دون أية رعاية، دون أى اعتبار لما يعانونه من أمراض مختلفة .. ولسنا فى حاجة الى أن نعدد المساوئ والأخطاء الناجمة عن مثل هذا الحشر والخلط بين المرضى، فخطر ايذاء المرضى لبعضهم البعض ظاهرة شائعة الحدوث ... ولايفوتنا أن نذكر فى هذا التقرير مساوئ الخدمة فى هذا الملجأ منها : الاهمال التام للترويح، وللعناية بنظافة المكان ، وللعمل على تجديد الهواء ..ومن المستحيل أن تتخيل أن هناك ثمة مكان آخر أكثر رطوبة واثارة للضيق من ذلك الجزء من المبنى الذى يشغل الحجرات بالدور الأرضى والمحاط بأسياخ من الحديد، أما الدهاليز الأخرى فى الأدوار العليا فانها أسوأ حالاً".

وقد أدت مثل هذه التقارير الى اثارة احتجاج شعبى صاخب فتشكلت على أثره لجنة فى عام ١٨١٥ برئاسة الطبيب جيمس بيرش شارب James Birch Sharpeتقدمت باقتراحات لتحسين الملاجئ التى ينزل فيها المرضى العقليين فى انجلترا (فهمى : ١٩٦٧، ٩-١٠).

وعلى الرغم من ذلك فلم يخل هذا العصر تماما من بعض الامثلة للسماحة والرحمة.. ففى بلجيكا وجد دير القديسة دميانا الذى تأسس فى ق ١٥ الذى كان يقدم الراحة والعزاء للمهمومين الذين يزورونه ، بل لقد تحول تدريجيا حتى أصبح مستعمرة تعمل على رعاية مرضى العقل، ولايزال عمله مستمرا حتى الآن ويعتبر نموذجا لتخطيط المستعمرات المشابهة فى أى مكان (كوفيل د. ت، ٢٥)

٦- عصر النهضة وحركات الاصلاح الطبية الاجتماعية:

على الرغم من أن المضطربين عقليا قد أغرقوا فى خضم الخرافات والتفسيرات اللاانسانية، وبينما الظلام يغلف العالم كانت هناك بذور تغرس بهدوء

بذور ثورة سوف يدوى انفجارها فيما بعد.. فقد بدأت أقلام عدد من العلماء غير الأطباء تظهر أول الاهتمام بالدراسة العلمية الحقة للسلوك وقد ظهرت كلمة علم النفس Psychology للمرة الأولى فى مخطوطات جوكل Goeckel (١٥٩٠) ومخطوطات كاسمان Casmann (١٥٩٤) تدعو الى العودة الى وجهات النظر الانسانية الى البشرية (سوين : ١٩٧٩، ١٣).. كما أرتفعت أصوات بعض رجال الدين والطب والفلسفة المستنيرين فى أقطار مختلفة من أوربا تبحث عن أصل العلة (كوفيل وآخرون : د.ت ، ٢٥) .. ونستطيع أن نصف مجهوداتهم خلال هذا العصر بأنها كانت ضوء فى الظلام" .. نذكر منهم :


باراسيلسوس

- باراسيلسوس Paracelsus (١٤٩٣-١٥٤١)

فلقد كان الطبيب السويسرى باراسيلسوس أول طبيب ينكر علم التنجيم ويعترف بالأسباب السيكولوجية للمرض العقلى، ووضع نظرية المغناطيسية الجسمية، وهى بداية التنويم المغناطيسى وقال بالطبيعة الجنسية للهستيريا، وهاجم محاكم التفتيش حتى قتل عام ١٥٤١.

- أما الطبيب الألمانى جوهان وبيير : Weyer (١٥١٥-١٥٨٨)


جوهان وبيير

فقد كان من أقوى الأصوات التى ارتفعت احتجاجا على معاملة المرضى العقليين، حيث ألف كتابا انتقد فيه "مطرقة السحرة"، وفحص فروض سبرنجر وكريمر غير المنطقية ، وعمد الى تقديم تفسيراته الخاصة عن السلوك الغريب ، وحمل على الكهنة الساديين على ما يقومون به من اجراءات لا انسانية.. وبذل جهودا مضنية

لشرح الأوهام delusions واضطرابات السلوك التى رآها فى مرضاه .. ولأول مرة منذ أبقراط يتجرأ طبيب للمناداة بأن الأمراض العقلية إنما هى تدخل فى مجال الطب النفسى وليس الدين أو القانون دون أن يعانى من اضطهاد. (سعد جلال : ١٩٧٠).. ومن ثم : فإليه ينسب الفضل فى القضاء على سيطرة اللاهوت على علم النفس الطبى، ولذا : كان أول الأطباء السيكاتريين وقدم أوصافا كاملة للسيكوباثولوجيا مفيدا من خبراته الشخصية.. غير أن كتاباته لم يقدر أن تؤثر فى العالم الا بعد انقضاء قرن من الزمان.

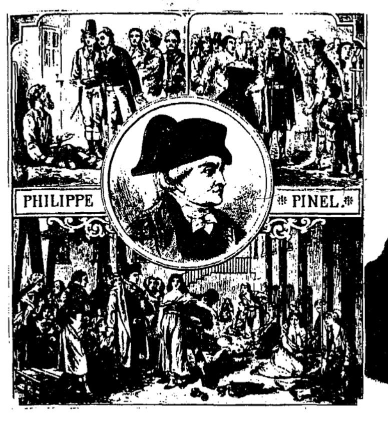
ومع ذلك : فقد بقى كثير من الأوربيين يؤمنون بحقيقة المس من الجن وبوجود التحالف الخفى بين الانسان والشيطان إلى أن جاء ق ١٨ وبدأت تتزايد حركات الاصلاح وتصنيف الأمراض العقلية، وعودة الاهتمام الطبى بالملاحظة الاكلينيكية للاضطرابات العقلية ، ومن ثم : تمثل فورة الحماس هذه نشأة الطب العقلى بوصفه فرعا متخصصا من دراسة الطب .. وساعد على ذلك جهود كثير من الأطباء نذكر منهم:

بينل Pinel (١٧٤٥-١٨٢٦)

الذى قاد أكبر حركة لاصلاح المستشفيات فعندما تولى ادارة مستشفى بيستر عام ١٧٩٣ نادى بحاجة مريض العقل الى الهواء النقى والحرية، وقام بفك قيود النزلاء وهيأ لهم اقامة صحية ممتعة مع تنظيم نزهات وجولات حرة .

ولكن أعمال بينل قد استقبلت بشئ من التوجس والريبة من أنصار الثورة الفرنسية خشية أن يكون أعداء الشعب مستخفين بين النزلاء، كما خشوا أن يفرج عنهم مع الآخرين من غير قصد.. ولكنه ما إن عين مديرا للمستشفى حتى بادر بحل الأغلال منهم تحت مسئوليته ، ومالبث أن تحول المرضى الى الدعة والامتنان وغادر عشرات منهم المستشفى.

وعندما عين بينل مديرا لمستشفى سالبترير Salpetriere أدخل طريقة دراسة تاريخ الحالة وعمل ملفات لها، كما قام بتدريب الموظفين..





الاتجاه الانسانى لبينل فى معاملة المرضى العقليين

فيليب بينيل

ولقد خلف بينل فى ادارة مستشفى بيستر الطبيب العالم **فيراس**..Ferrus وكان مهتما بالمجرمين المرضى بأمراض عقلية .. وقد نجح فى فصل المرضى بأمراض عقلية عن المجرمين ، ونجح فى بناء مزرعة لصالح المرضى والعاملين بالمستشفى . وهذا أول مثل للعلاج المهنى (بالعمل)، وأول عمل بناء لاستخدام طاقات المرضى ووقتهم (Costin, 1990).

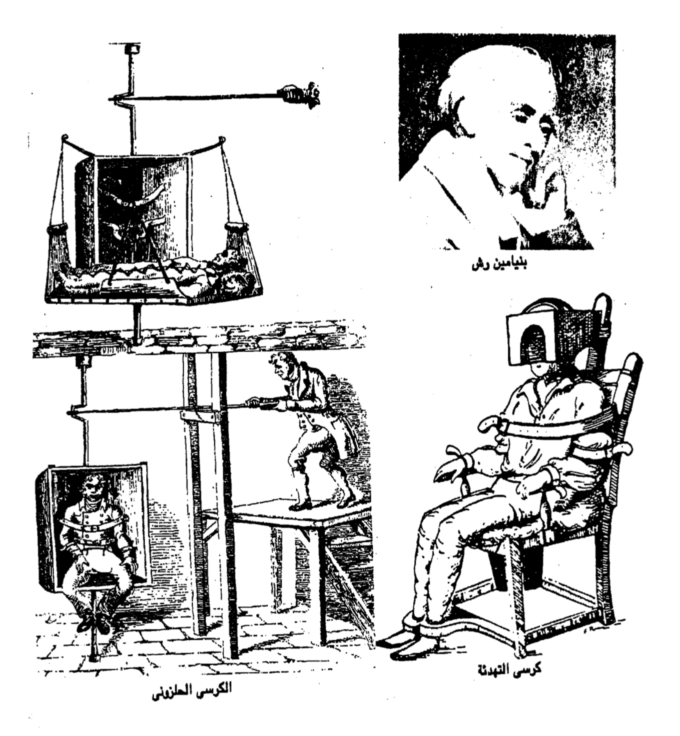


جين اسكيرول

وواصل **إسكيرول** Esquirol عمل بينيل وزملائه. وبفضل جهوده أنشئت فى فرنسا عشرات المستشفيات الجديدة للأمراض العقلية.. وكان اسكيرول قد قام بتفتيش المستشفيات وكتابة تقارير عن حالة المرضى العقليين والمجهودات المستخدمة فى علاجهم.

وفى ايطاليا نشر شياروجى Chiarugi (١٧٥٩-١٨٢١) مائة ملاحظة عن المرض العقلى وطالب بالشفقة فى علاج هؤلاء المرضى.. أما فى أمريكا اللاتينية: تعتبر جهود **بنيامين رش** Rush (١٧٤٥-١٨١٣) أبرز الجهود الاصلاحية بعد الثورة الأمريكية، وهو أحد الموقعين على اعلان الاستقلال ، ويعتبر أبو الطب النفسى الأمريكى ، حيث حث على العلاج الانسانى لمرضى العقل/ وطور المصحات العقلية ، وكان له دور كبير فى تعريف السلوك اللاسوى كمشكلة طبية ، ونشر أول رسالة منظمة عن الموضوع فى الولايات المتحدة الأمريكية.

ومع ذلك فانه عجز عن أن يتخلص من المعتقدات الخاطئة فى عصره فقد استخدم الأشربة المسهلة وفصد الدم، واخترع وسيلتين علاجيتين جهنميتين هما : الكرسى الحلزونى gyrater الذى صمم لزيادة دوران الدم عن طريق تدوير المريض حول محوره، والأخرى : المهدئ أو المسكن الذى يحبس فيه المريض ويشد وثاقه فى وضع مريح عن طريق أحزمة جلدية وخوذة خشبية (سوين: ١٩٧٩)



بنيامين رش

كرسى التهدئة

الكرسى الحلزونى

وفى النصف الأخير من ق ١٩ قادت دوروثيا ليند ديكس Dorothea Lynde Dix (١٨٠٢-١٨٥٧) حملة للاصلاح فى مجال رعاية مرضى العقل.. فبعد احالتها الى المعاش (حيث كانت معلمة) بدأت حملة لتحسين حال المستشفيات، وتمكنت بحماسها وتصميمها أن تسافر عشرات الأميال فى أمريكا وكندا وانجلترا واسكتلندا وأن تنشر الوعى بمشكلة المرض العقلى والبرامج المتطورة فى عشرين ولاية أمريكية ، وأسفرت جهودها عن اصدار قرار ولاية نيويورك عام ١٨٨٩ باخراج المضطربين عقليا من السجون والملاجئ ..

دوروثيا ليند ديكس

وفى السنوات الأخيرة من ق ١٩ تشكلت فى مستشفى ولاية كونيتيكت جمعية من المسئولين عن المراكز الأمريكية للمجانين ١٨٤٦ تغير اسمها الى الجمعية الأمريكية الطبية النفسية عام ١٨٨٠ ، وأخيرا أصبحت الجمعية الأمريكية للطب النفسى. بعدها انتشرت حركة الصحة النفسية فى ربوع العالم الغربى وتأسست فى النصف الأول من ق ٢٠ عدة منظمات قومية ودولية لتسهم فى تطوير البرامج العلاجية لمرضى العقول.. وقد انعكس الاتجاه السائد فى هذا القرن على نشاط المنظمات العالمية مثل منظمة الصحة العالمية واليونسكو والاتجاه العالمى للصحة العقلية..

٧- العصر الحديث

ظهرت منذ أواخر ق ١٩ وطوال ق ٢٠ تطورات هائلة ساهمت فى فهم المرض العقلى، كما طورت الممارسات السيكاترية والاكلينيكية نذكر من ذلك جهود:

١ ـ فرانز أنطون مسمر Franz Anton Mesmer (١٧٣٤-١٨١٥)

زعم مسمر وجود سائل خفي غامض في الكون اسمه المغناطيسية الحيوانية.. ولو أن هذا السائل كان موزعا بالتساوى داخل الجسم ترتب على ذلك أن يؤدى هذا السائل الى اختلال خطير في السلوك الشخصي .. وقام مسمر بعلاج مرضى الهستيريا باستخدام قضبان معدنية مصحوبة بنغمات ملطفة مهدئة وأظهرت تحسنا معجزا .. وقد أدى ذلك إلى انجذاب الناس نحوه والتفت حوله الدوائر الطبية.. غير أنه حكم عليه بأنه رجل مضلل أفاق.

وظلت المسمرية mesmerism تسحر أوربا نحو أربعين سنة وأقر كثير من الأطباء العقليين قيمتها.. فقد رأى اليوتسن Elliotson (١٧٩١-١٨٦٨) قيمة المسمرية في علاج الهستيريا، وأكد الجراح برايد (١٧٩٥-١٨٦٠) Braid فعالية المسمرية، وأحل كلمة التنويم المغناطيسي Hypnotion محل كلمة المسمرية واستخدمها في الجراحة.

٢ ـ جان مارتن شاركو Jean Martin Charcot (١٨٢٥-١٨٩٣)



شاركو والتنويم المغناطيسي

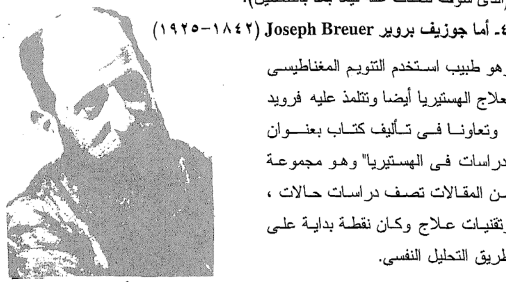
وكان طبيب أعصاب بمستشفى سالبترير في بارس.. وكانت مدرسة سالبترير مدرسة معروفة بعلاج الهستيريا باستخدام التنويم المغناطيسي وتعد أول مركز للدراسات الجامعية العليا في مجال تعليم الطب العقلي وقد افترض شاركو أن الهستيريامرض بيولوجي أو عصبي أسبابه فسيولوجية أو تشريحية، وأن أعراضها يمكن أن تظهر أثناء التنويم المغناطيسي في المرضى الذين لم يسبق اصابتهم بهذا الاضطراب .. ورأى أن الأفراد الذين يمكن تنويهم لديهم نقص عضوى دقيق خفي وأنهم معرضون للاصابة بالهستيريا..

٣- هيبولايت برنهايم Hippolyte Bernheim (١٨٤٠-١٩١٩)

وقد كان أيضا من أعضاء مدرسة سالبترير وزميلا لشاركو .. وكان إكلينيكيا موهوبا اتجه الى التفسيرات السيكولوجية حيث أعلن أن كلا من الهستيريين والأسوياء يمكن تنويمهم مغناطيسيا بحسب قابليتهم للايحاء وليس بسبب النقص العضوى الذى يربط التنويم بالهستيريا ، وتحدى بذلك مزاعم شاركو واستعرت الحرب بين الاثنين وانتشرت وجهة نظر برنهايم وأصبحت بمثابة علامة على طريق نمو النموذج السيكولوجى ، واجتذبت أعماله الكثيرين ومنهم فرويد (الذى سوف نتحدث عنه فيما بعد بالتفصيل).

٤- أما جوزيف بروير Joseph Breuer (١٨٤٢-١٩٢٥)

وهو طبيب استخدم التنويم المغناطيسى لعلاج الهستيريا أيضا وتتلمذ عليه فرويد وتعاونا فى تأليف كتاب بعنوان "دراسات فى الهستيريا" وهو مجموعة من المقالات تصف دراسات حالات ، وتقنيات علاج وكان نقطة بداية على طريق التحليل النفسى.



جوزيف بروير

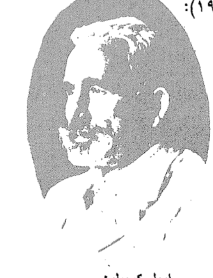
٥ - بيير جانيه: Pierre Janet (١٨٥٩-١٩٤٧):

وكان أكثر العلماء اقترابا من اللاشعور حين وصف الخصائص الأوتوماتيكية للسلوك الهستيرى، وأشار الى أنه لاشعوريا وان كان لم يفصل الأمر أكثر من ذلك.. ومع ذلك كان يشارك جماعة سالبترير فى الاعتقاد أن الهستيريا تنشأ عن ضعف التكوين الجسمي ونسب اليه الفضل فى أنه أول من قدم النظرية النفسية لتفسير العصاب. وأشار الى أن الفرد لابد أن تتوفر لديه درجة من الطاقة العقلية حتى يحتفظ بحالة التوافق ، فاذا استنفذت هذه الطاقة وقع الانهيار النفسى وظهرت الأعراض العصابية (سوين : ١٩٧٩).

٦ - **فلهلم جريزنجر: Wihelm Griesinger (١٨١٧-١٨٦٨):**

طبيب اكلينيكى ألمانى نشر كتابا بعنوان " باثولوجيا المرض العقلى وعلاجه" أوضح فيه أن : المرض العقلى ينشأ عن مرض يصيب المخ ولايختلف عن الأمراض الأخرى . وهكذا أدخل المرض العقلى فى وجهة النظر السائدة عن المرض فى ق ١٩ نظرية المرض الطبى .. ومع ذلك : فان لفظة العلاج التى ظهرت فى عنوان كتابه لم تكن أكثر من وعد أجوف ذلك أن الطب الألمانى كان يجنح الى النظر الى أكثر الاضطرابات العقلية على أنها غير قابلة للعلاج.

٧ - **إميل كريبلين: Kraepelin (١٨٥٦-١٩٢٦):**



إميل كريبلين

يعتبر أكثر العلماء الألمان تأثيرا فى الطب النفسى فى أواخر ق ١٩ وأوائل ق ٢٠ فلقد درس آلاف من حالات المرضى بأمراض عقلية ليحدد المسار الذى تسير فيه هذه الأمراض وأهم انجازاته تصنيف الأمراض العقلية وهو تصنيف يعد أكثر التصنيفات قبولا فى تاريخ علم النفس والطب النفسى :

- الفئة الأولى : الجنون المبكر (dementia praecox الذى يسمى الفصام حاليا).. فقد كان يظن أنه يبدأ مبكرا فى الحياة فى مدى العمر ١٨-٣٠ وينتهى بالتدهور ، واعتبره غير قابل للشفاء .. وأن الحالات التى تشفى فى المستقبل انما حدث خطأ فى التشخيص المبدئى لها .

- الفئة الثانية فئة قابلة للشفاء ، وهى أعراض ذهان الهوس والاكتئاب Manic depressive Psychosis وأعلن أن هذا المرض يتخذ دورة تتميز بتتابع حالتى الهوس والاكتئاب.

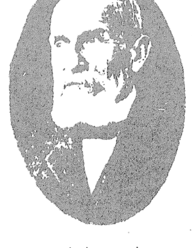
- مجموعة أعراض كورساكوف Korsakoff's Syndrome وهى اضطراب يتمثل فى السلوك الغريب والخلط فى التفكير تنتج عن تلف فى المخ يحدثه ادمان الخمر.

- جنون الشلل العام General paresis وهو اضطراب يتميز بطائفة من الأعراض الشبيهة بالذهان والشلل يرجع الى انحلال فى أنسجة المخ (وقد اتضح بعد ذلك أن سببه الزهرى)..

- وقد انتهى كريبلين الى تقسيم الأمراض العقلية الى أمراض أسبابها داخلية endogenousتعزى الى تأثيرات على وظيفة المخ العضوية، وأمراض أسبابها خارجية exogenous كذهان الشلل العام ، وتعزى الى تغيرات جسمية أسبابها خارجية كالعدوى أو الاصابة... وما الى ذلك..

ولقد ظل تصنيف كريبلين معمولا به حتى وقتنا الحاضر فى كثير من البلدان بعد ادخال بعض التعديلات عليه.

٨- إيوجين بلويلر Eugen Bleuler



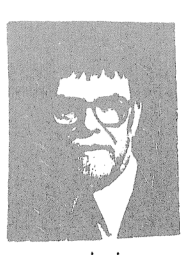
إيوجين بلويلر

وقد تحدى الطبيب السويسرى بلويلر النظرة العضوية للجنون المبكر وقام بتصوير الاضطراب فى اطار سيكولوجى وسماه الفصام أو الشيزوفرينيا وهى كلمة من مقطعين schizo (بمعنى يقسم) Phrenia (بمعنى العقل) - حيث أنه يؤدى الى انهيار خطير فى وظائف الشخصية يترتب على تفكك الترابطات أو التداعيات ولكن اختيار الألفاظ كان غير موفقا لأن كلمة فصام أو شيزوفرينيا لاتعنى إنقسام الشخصية، وانما كان بلويلر يشير الى أن اضطراب المريض ينتج عن الانفصال أو التفكك الذى يطرأ على الترابطات أو التداعيات العقلية ، وهو المسئول عن

المعتقدات المشوهة عند المريض وأنماط كلامه غير المفهومة، وانسحابه من العلاقات مع الآخرين ، واستجاباته الانفعالية الغريبة .. غير أنه انتهى الى أن مرض الفصام ينتهى الأمر بهم الى الشفاء متحديا بذلك آراء كريبلين (كشدان: ١٩٨٤).

٩ - بول ميل Paul Meehl

وهو من الأطباء الذين واصلوا تفسيرات الفصام حيث كتب مقالا بعنوان السكيزوتاكسيا والشيزوتيبيا والشيزوفرينيا، Schizotaxia ، Schizotypy، Schizophrenia حيث أشار الى : وجود نقص عضوى فى كل الفصاميين يسمى بالسكيزوتاكسيا هذا النقص وراثى تمارس تأثيره بالتدخل فى عمل الخلايا العصبية.. أما الشيزوتيبيا فيشير الى تنظيم الشخصية الذى يجعل

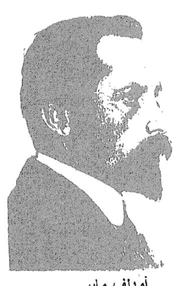


بول ميل

الفرد يعجز عن الاحساس باللذة والاستجابة الإنفعالية التى تميل الى التسطح Flat وتفكك العمليات الفكرية .. ولذا : يمكن أن يتحولوا فى آخر الأمر الى فصاميين وهم قد تعرضوا فى طفولتهم لصراعات والدية وللنبذ من الآخرين، وخبرات تعلم سلبية تفاعلت عندهم مع الاستعداد الوراثى تفاعلا يؤدى الى الاضطراب الاكلينيكى مما يجعلهم يسلكون سلوكا يتسم بالغرابة ـ ومن ثم : اذا توفرت لهم البيئة الطيبة المناسبة وظروف التعلم القصوى يمكن ألا يتحولوا الى ذهانيين بالفعل.

١٠ - أودلف ماير. Meyer (١٨٦٦-١٩٥٠)

سادت نظريته الفكر الأمريكى وتعرف بالنظرية النفسية البيولوجية.. وهو لايقوم بتصنيف الأمراض بل بتصنيف ردود الفعل النفسية المرضية.. وفى رأيه أن العصاب والذهان ليسا الا اضطرابات للشخصية


أودلف ماير

تبدو فى العلاقات الانسانية المتبادلة.. والفرق بين السوى والشاذ فرق فى درجة كفاية الفرد وقدرته على التكيف لظروف خاصة فى الحياة يجد فيها نفسه .. كما يرى أن اضطرابات الشخصية ليست الا أنماطا لاتجاهات واستجابات لاتكيفيه، ومن ثم لابد من دراسة تاريخ حياة الفرد لبيان أنماط الاضطرابات الجوهرية وكيف بدأت.

كما يرى " ماير" أن الوقاية والعلاج عمليتان تربويتان، وتقوم الصحة العقلية على تدريب الأطفال تدريبا سليما فى الطفولة وتنمية الاتجاهات السليمة فى المدرسة والتوجيه الدينى والثقافة الجنسية السليمة.. وما العلاج الا اعادة التربية باستغلال امكانيات الشخص لتعويض مافيها من نقص .. وهو يرى أن علاج الاضطرابات التى ترتبط بأسس عضوية بيولوجية هو من اختصاص الطبيب، أما تصحيح الاضطرابات السلوكية فمن اختصاص عالم النفس بصرف النظر عن مصدرها (جلال : ١٩٧٠، 1983 ،Carson ،et al. ،1983 ،.Costin)

الكشوف الثورية فى التشخيص والعلاج النفسى :

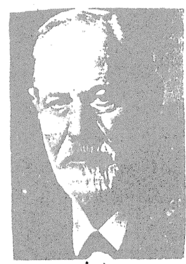
من الصعب أن نقوم بتحديد أو تصنيف دقيق لما أسهم به ق٢٠ فى الممارسات الاكلينيكية .. غير أننا سوف نشير الى أن الانجازات التى ظهرت فى هذا القرن تعتبر ثورية بحق لما أسهمت به من تطور فى عمليات التشخيص والعلاج النفسى وأهم هذه الكشوف:

١ - التحليل النفسى :

وهو يرتبط باسم **سيجموند فرويد** (١٨٥٦-١٩٣٩)

الذى يعتبر الأب الروحى لعلم نفس الأعماق والمكتشف الأول للحياة اللاشعورية للفرد، والذى أفرد للطاقة الجنسية (الليبيدو) أبوابا واسعة من كتبه ودراساته واتخذها

مفتاحاً يحل به مغلقات الأمراض النفسية التى كان يعالجها.. لقد أثرى فرويد بدراساته الوفيرة أدبيات التحليل النفسى وأثرى ميدان الممارسة الاكلينيكية بما قدمه من افتراضات أهمها :



سيجموند فرويد

أ - نظريته فى الغرائز الجنسية : غرائز الحياة وغرائز الموت أو التدمير، وما يرتبط بغرائز الحياة من طاقة نفسية هى اللبيدو .. وارتباط الحياة العقلية باللاشعور ، يتكون الجهاز العقلى من ثلاث قوى الهو ، الأنا ، والأنا الأعلى ، ولذا فان الطاقة النفسية موزعة بين هذه القوى التى قد تكون منسجمة أو متصارعة.

ب كما أظهر فرويد فى نظريته مراحل النمو الجنسى : الفمية والشرجية والقضيبية يتبعها الكمون ثم المرحلة التناسلية ... ويعتقد أن النمو السوى هو اجتياز المراحل المتتابعة من النضج الجنسى من غير توقف أو تثبيت أو نكوص.

جـ - اعتبر فرويد أن الحيل الدفاعية هى محور الدينامية الانسانية .. حيث تعمل على تصريف بعض طاقات الهو من غير جور خطير على وظيفة الأنا.. ومن ثم فان الفشل فى تحقيق هذا التوازن هو أساس حدوث العصاب، فكثرة الكبت تؤدى الى اضعاف الأنا فتتحول الدوافع المكبوتة إلى أعراض عصابية.. ويهدف التحليل النفسى الى تقوية الأنا عن طريق ازالة الكبت ونسيان الطفولة والسماح للأنا نتيجة لذلك بأن تنشط .. ويعتبر التداعى الحر وتحليل الأحلام والتفسير ، وظاهرة التحول هى الطرق الأساسية للتحليل النفسى (على نحو ما سوف نوضح فى الفصل العاشر).

د وقد نجح فرويـد فـى عـلاج كثير مـن الاضطرابـات النفسـية أهمهـا : الهسـتيريا خاصة هستيريا الشلل ، والصراع ، وحبس الصوت والمخـاوف ومـا الـى ذلـك من مشكلات..

هذا ولقد حمل تلاميذ فرويد وأتباعه اللواء من بعده بعد خروجهم على كثير من أفكاره فغيروا فى نظرياته وعدلوا فى اجراءاته ومنهـم : أدلـر Adler ، يونـج Jung، رانك Rank ، فرينزى Ferenezi ، وأبراهام Abraham ، ريتـش Reich ، سوليفان Sullivan ، وهورنى Horney ، فروم .. Fromm ومن المنظرين هارتمـان Hartman، واريكسون Erikson كلاين Klein ، كيرنبرج Kernberg ، فيربـيرن Fairbairn .. وغيرهم.

٢ـ السيكوباثولوجيا التجريبية:

يقصد بالسيكوباثولوجيا التجريبية الاتجاه السلوكى فى تفسير الاضطراب النفسـى أو السـلوكى، واجــراءاته فــى العــلاج النفسى.. وترتكز السيكوباثولوجية التجريبية (السـلوكية) علــى الاطــار النظــرى الــذى وضعـه ايفـان بـافلوف Pavlov ، جـون واطسـون Watson وغيرهمـا فـى التعلـم الشـــرطى، ونظريـــات ثورنديـــك Thorndike، كلارك هـل Hull ، سـكينر Skinner، دولارد وميللر& Dollard Miller، ماورر Mowrer ، سيرز sears فى التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع اسـتخدام التعزيــز الموجــب أو الســالب والثــواب والعقاب.

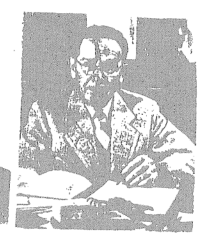
بافلوف

وتذهب السلوكية الى أن الاختلال أو الاضطراب النفسى هو نتيجة حتمية لخلل ما فى عملية التعلم .. ولما كانت هذه العمليات يقوم بها فى الغـالب الكبـار ويوجهونهـا نحو الصغار، لذا : فان الكبار يتحملـون المسئولية الأولـى فـى خلـق الاضطرابـات

النفسية فى الفرد .. وبناء عليه : فان مراجعة عملية التعلم من حيث المحتوى والأهداف والوسائل أمر لابد منه فى التعامل مع الاضطرابات النفسية.. لذلك: توصل أصحاب نظريات التعلم من علماء النفس الى منهج جديد كل الجدة فى العلاج النفسى قائما على الاقتران الشرطى والتدعيم واستخدمت اجراءات التحصين التدريجى ، والغمر ، والاشراط التجنبى ، والتعزيز الموجب والتعزيز السالب ، والخبرة المنفرة، وتدريب الاغفال والاطفاء، والكف المتبادل، والممارسة السالبة، وضبط النفس... الخ فى علاج جملة كبيرة من الاضطرابات السلوكية ومحو السلوكيات غير المرغوبة واحلال سلوكيات جديدة محلها ومن أهمها : علاج الفوبيات ، واضطرابات الكلام، وتعاطى الخمور والمخدرات ، والتدخين، والتبول اللاارادى، واللزمات الحركية، ونوبات الغضب عند الأطفال ، والصرع الهستيرى، وفقدان الصوت الهستيرى، وعلاج السمنة وانقاص الوزن، وقضم الأظافر ومص الأصابع، جرش الأسنان، الخجل والانطواء ، والسلوك المضاد للمجتمع ، الى جانب تطبيقات العلاج السلوكى فى المدرسة ... الخ ، (Hass, 1979).

٣ ـ حركة القياس النفسى:

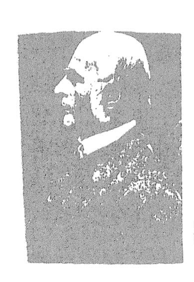
تعد حركة القياس النفسى خطوة رائدة ودفعة قوية للممارسة الاكلينيكية فى العصر الحديث .. ولقد كان جالتون Gallton (١٨٨٣) قد ذكر فى مقدمة كتابه فحوص فى القدرات الانسانية أن هدفه الأساسى هو التعرف على القدرات الوراثية المتباينة لدى الأفراد المختلفين فى عائلات مختلفة وأجناس مختلفة.. غير أنه من أبرز الانجازات المبكرة تلك التى قدمها جان اسكيرول J. Esquirol (١٨٤٠) للتفرقة بين المرض العقلى والتخلف العقلى ، بل التمييز بين مستويات التخلف.. ورغم أنه لم يتمكن من تحديد هذه المستويات بدقة إلا أنه تبين أن المحك المباشر للتمييز بين مستويات التخلف يكمن فى استخدام اللغة .. بالاضافة لذلك فقد قام سجوين Seguin بمحاولة للعثور على محك للتمييز بين مستويات التخلف العقلى لحسن تدريب هؤلاء المتخلفين وتنمية قدراتهم وذلك من خلال القدرة على التمييز والتفرقة بين الأشياء وتحسين امكانات التحكم الحركى والتعامل مع الأشياء .



فرنسيس جالتون



ألفريد بينيه



تيرمان

ولعل أول مقياس بمعنى الكلمة هو اختبار بينيه Binet للذكاء الذى نشره سنة ١٩٠٥ بالاشتراك مع زميله سيمون Simon ذلك الاختبار الذى قام بينيه بتعديله سنة ١٩٠٨ ، كما أنه بعد وفاته قام تيرمان Terman بنقله الى أمريكا وتعديله وتقنينه على البيئة الأمريكية ونشره تحت اسم مقياس استانفورد بينيه للذكاء.. ومازال هذا المقياس يستخدم حتى اليوم وآخر تعديل له أجرى سنة ١٩٨٩.

وقد تطورت اختبارات الذكاء تطورا كبيرا على يد العديد من العلماء والباحثين والاكلينيكيين ، وظهرت الاختبارات الفردية والاختبارات الجمعية .. واستخدمت فى كثير من الأغراض الاكلينيكية وأغراض الاختيار والتوجيه المهنى، كما استخدمت فى الجيش الأمريكى أثناء الحرب العالمية الأولى والثانية وأشهرها اختبار ألفا وبيتا للذكاء..

كما تنوعت الاختبارات من اختبارات عملية أدائية ، الى اختبارات الورقة والقلم، ومن اختبار لفظية الى اختبارات غير لفظية .. ومن اختبارات خاصة بالذكاء الى اختبارات خاصة بقياس الاستعدادات والقدرات الخاصة : الادراكية، واللغوية ، والعددية، والمكانية والقدرات الميكانيكية، واختبارات السرعة والمهارة... الخ.

كما تطور الاختبارات والمقاييس النفسية لقياس وتقدير سلوكيات الانسان ومكونات الشخصية من ميول واتجاهات وحاجات وقيم ، الى مكونات مقاييس تكشف عن الاضطرابات الانفعالية، والقلق والاكتئاب ومفهوم الذات وانبساط وانطواء وميول عصابية ... وغيرها من خصائص شخصية الفرد .. ناهيك عن الاختبارات الاسقاطية التى تكشف عن أعماق النفس البشرية وتكشف عن الجوانب الدينامية فى الشخصية (على نمو ماسنعرضه فى الفصلين الثامن والتاسع)

٤ ـ نشأة العيادات النفسية :

ومما ساعد على تطور الممارسة الاكلينيكية بصورة أكثر كفاءة نشأة العيادات النفسية .. ويتحدد تاريخ انشاء أول عيادة نفسية بعام ١٨٩٦ حينما كان ويتمر Witmer مهتما بدراسة الأطفال المتخلفين عقليا ، فتقدم باقتراح للرابطة السيكولوجية الأمريكية بانشاء عيادة نفسية لهؤلاء الاطفال بجامعة بنسلفانيا.. وكانت الاجراءات التى تتبع مع كل حالة : دراسة تاريخ الحالة، اجراء الفحوص الجسمية، تدوين الملاحظات عن سلوك الطفل بقصد تحديد العوامل المسئولية عن انحراف الطفل واضطرابه السلوكى ، وفى ضوء ذلك يتحدد برنامج التوجيه أو العلاج.

وفى عام ١٩٠٠ اهتم ويلى Wylie والذى كان يعمل بمؤسسة ضعاف العقول فى مينسوتا بتجهيز عيادة نفسية شملت سبع حجرات خصصت للبحوث والأعمال الاكلينيكية، قامت بدراسة حدة الاحساس ، ودراسة التعب ، وتصميم اختبارات الذاكرة.

وفى عام ١٩٠٥ خصصت مدرسة تدريب ضعاف العقول فى فينلاند بولاية نيوجرسى قسما للبحوث التى تهدف الى تطوير أعمال ووظائف العيادات النفسية وعينت جودارد Goddard رئيسا لهذا القسم .. وكان لجهوده خاصة تقريره عن أسرة كاليكاك أكبر الأثر فى شهرته فى العمل بالعيادات النفسية، واتساع آفاقها حتى أن السيكولوجيين المشاهير فى العمل الاكلينيكى أمثال بورتيوسPorteus ، دول Doll، ارتبطت أسماؤهم بهذه العيادة..

وقد أعقب ذلك إنشاء عديد من الجامعات عيادات نفسية تابعة لأقسام علم النفس ذاع صيت العاملين بها ومنهم : جريس فرنالد Fernald ، سميث Smith ، ميريل Merrill ، والن Wallin ، لانج Lange ، جيزل Gesell ، وقد أوصت الشعبة الاكلينيكية فى الرابطة السيكولوجية الأمريكية بالتوسع فى العيادات النفسية استجابة لزيادة الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقليا والمضطربين انفعاليا ، حتى وصلت الى ٦٧٦ عيادة فى سنة ١٩٣٩ والآن تـوجد آلاف العيادات النفسية المنتشرة فى أوربا وأمريكا .

وتضطلع العيادات النفسية بدراسة وعلاج مشكلات الأطفال مثل : مشكلات التوافق المدرسى والمهنى ومشكلات الجانحين واليتامى ، واضطرابات الكلام، واضطرابات الشخصية ، والصراعات الأسرية واعاقات الحواس وضعاف العقول..

وعلى الرغم من أن الاهتمام الأول بالعيادات النفسية كان منصبا على تناول مشكلات الطفولة الا أن الاهتمام الآن قد ركز على مشكلات سوء التوافق لدى الراشدين ليمثل انتقالة هائلة تتميز بها العيادات الحديثة وتضطلع بمهام التوجيه والارشاد واجراءات الوقاية والعلاج النفسى وفقا للمدارس العلاجية (مصطفى فهمى : ١٩٦٧).

دروس للحاضر

في رحلتنا عبر الماضي ، رأينا مرارا وتكرارا كيف أن مفاهيم الناس السابقة عن الوظائف المضطربة توثر على تفسيرهم للمعلومات المتاحة لهم . كما أن روح العصر تؤثر على ادعاءات الناس ، وتؤثر ادعاءات الناس في روح العصر في عملية تعزيزية متبادلة تتعطل أحيانا بفضل التحول الإجتماعي الكبير.

وتؤثر اتجاهات الناس للسلوك البشري علينا بعدة طرق فهي تهئ منظورا واسعا لتقدير أي البيانات عن السلوك اللاسوي مناسب وأيها غير مناسب ، وتسمح وجهات النظر لنا بتقليص تركيزنا على القضايا التي تبدو مهمة . ولسوء الحظ ، فإن ادعاءاتنا قد تؤدي بنا إلى تجاهل البيانات الهامة . كما أن وجهات النظر توفر إطارا لتفسير البيانات كذلك . ومرة أخرى فإن مفاهيمنا السابقة قد تؤدى بنا إلى تفسيرات غير صحيحة . ومن الصعب أن نقبل المعلومات التي تفند معتقداتنا الراسخة وادعاءاتنا، وعندما يتلق الشخص تعليمه وتدريبه بنظام معين من نظم الوظائف النفسية ، يصبح من الصعب التخلص من هذا النظام والنظر إلى السلوك من وجهة مضادة.

وسوف نتعرض فى الفصل العاشر لوجهات النظر الحالية حول السلوك اللاسوى بتفصيل أكبر . وعندما تقرأ الفصل العاشر سوف تذكر ماحدث عبر التاريخ .

إن الثقافة والمجتمع يتشابكان مع الأحداث الماضية لكي يكون لهما تأثير عميق على ماتعتقد أنه صواب . هل حقائقنا اليوم أكثر صوابا عما كانت بالأمس؟ ربما يكون بعضها كذلك ، والبعض الآخر ليس كذلك . وحيث أننا مهتمون بقالب الحقيقة الثقافية والإجتماعية والسياسية ، فإن الحقيقة يصعب الحكم عليها . لقد علمنا التاريخ أن مفاهيمنا علن السلوك اللاسوي له أثر قوي على قدرتنا أن نكون موضوعيين . وعلمنا التاريخ كذلك أن نكون شكاكين باعتدال ، في الاستقراء وفي طلب الدليل . وأن نكتشف " الحقائق" الحالية والبيانات التي تساندها والبيانات

الأخرى التي تعارضها. إن كثيرا من هذه الحقائق سوف يكون لها قوة الإستمرارية التاريخية ، وبعض الحقائق الآخرى ليست لها هذه الميزة . وعلى هذا سوف تظل دراسة السلوك غير السوى مجالا متغيرا.

الفصل الثانى

علم النفس الاكلينيكى ومجال دراسته

تعريف علم النفس الاكلينيكى :

يعد عالم النفس ويتمر Witmer (١٨٩٦) أول من استخدم مفهوم علم النفس الاكلينيكى، للاشارة الى اجراءات التقييم والتشخيص المستخدمة مع الأطفال المتخلفين عقليا Retarded والمعوقين ..Handicapped غير أننا اليوم لانجد اتفاقا بين الباحثين فى ميدان علم النفس بشأن ماهية علم النفس الاكلينيكى: أسسا وطريقة ونظرية وممارسة ، كما لايوجد اتفاق حول المادة التى يتناولها والمجالات التى يغطيها بالبحث والدراسة ومن ثم: تختلف تعريفات علماء النفس لهذا العلم باختلاف الاطار المرجعى للقائم بالتعريف .. وسوف نتناول الاتجاهات المختلفة فى تعريف علم النفس الاكلينيكى:

١ ـ المنظور الطبى :

تفضل الدوائر الطبية أن تقصر كلمة "إكلينيكى" على النشاط الطبى.. وكلمة "إكلينيكى" مشتقة من الكلمة اليونانية " كلينكوس" وتعنى مختلف أوجه العلاج الطبى التى تبذل للمريض فى فراشه ، أو الخدمات المرتبطة بالرعاية "السريرية" للمريض.. وحيث أن كلمة" كلينيك" بمعنى الفراش، وأن كلمة" "كليتاين" تعنى إضطجع : فان هذه اللفظة قد إتسع معناها حتى أصبحت تشير الى هذا الفن الذى ينحصر فى إستجواب وفحص وملاحظة المرضى واجراء التشخيص لهم واستشفاف التطور المقبل للمرض أو التنبؤ به، وتحديد العلاج اللازم له (مخيمر : ١٩٧٩، ٤٣).. ومع هذا : فإن كلمة "إكلينيكى" قد امتد استخدامها الى دراسة الفرد كفرد أى فحص وعلاج المريض كفزد على أساس أعراضه، وليس على أساس أن هذا المريض مثال لحالة من الحالات التى تصفها المراجع، ونجد اليوم أن كلمة "Clinic"أى عيادة قد اكتسبت معانى مختلفة ومنها مثلا : العيادة الخارجية مقابل الاقامة فى مستشفى . (مليكة : ١٩٨٠، ١٠) ، فنقول: inpatient وoutpatient

للدلالة على المرضى الذين يعالجون داخل المستشفى والمرضى الخارجيين الذين يعالجون بالخارج.

ووفقا لهذا الاتجاه الطبى يقرر بيش Bisch (١٩٢٥) بأن علم النفس الاكلينيكى علم مبنى على الخبرة الاكلينيكيةClinical experience ، ولاينبغى لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا اكلينيكا نفسيا ما لم يكن لديه خلفية طبية ـ ولذلك فهو يرى بأن الطبيب يجب أن يؤدى تدريبا نفسيا اذا كان يعوذه ذلك..

كما يؤكد هبرمان Haberman على أن علم النفس الاكلينيكى علم نفس طبى علاجى.

غير أن هناك بعض أوجه النقد التى توجه الى أصحاب التعريفات السابقة: اذ لم يعد ثمة ضرورة لأن تقتصر الممارسة الاكلينيكية على أولئك الذين حصلوا على تعليم طبى، كما أن معظم أقطاب العلاج النفسى والممارسة الاكلينيكية لم يكن لديهم أى خلفية طبية ومنهم : كارل روجرز، وألبورت، إريك فروم، ماسلو ، فيكتور فرانكل... وغيرهم.

٢ ـ منظور علم النفس المرضى:

ومن ناحية أخرى يعرف علم النفس الاكلينيكى من منظور السيكوباثولوجى بأنه : "ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذى يعمل على تطبيق المبادىء السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضى على الفرد موضوع الدراسة فى العيادة النفسية (فهمى:،١٩٦٧، ٣٧) ـ وهذا التعريف يؤكد الوظيفة التطبيقية للسيكولوجى الاكلينيكى.

ويرى مخيمر (١٩٧٩) أن علم النفس الاكلينيكى " ليس غير تطبيق لطرائق علم النفس المرضى فى دراسته لاضطرابات السلوك ، ولكنه يمتد بهذه الطرائق الى جميع الكائنات محتضنا بذلك السوية والمرض جميعا ـ ومن هنا يقال ان المنهج الاكلينيكى يتخذ من علم النفس المرضى زاوية الرؤية" (مخيمر: ١٩٧٩، ١٨٤)

كما يرى سويف (١٩٨٢) أن " علم النفس الاكلينيكى هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ، يعتمد الى حد كبير على الافادة من المعلومات والمهارات التى أمكن تحصيلها فى جميع فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية الأخرى بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التى تقدم للمرضى النفسيين فى مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية" (سويف: ١٩٨٢، ٥)

وطبقا لهذا المنظور : أصبح هناك تداخلا كبيرا فى الاهتمامات بين علم النفس الاكلينيكى والطب النفسى ـ على أساس أن كلا منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض النفسى واضطرابات الشخصية ـ ويكون الخلاف بينهما ليس فى التطبيق ، وانما فى اعداد وتدريب الممارسين ، وفى نوع المنهج الذى يستخدم فى بحث المشكلات : فعلى حين يبحث السيكولوجيون الاضطرابات النفسية على أنها نتاج للخبرات المبكرة أو التعلم، فان الأطباء النفسيين يبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها أمراضا خاصة تحتاج الى علاج خاص (روتر: ١٩٨٤، ٢٤)

ومن ناحية أخرى : فان تعريف علم النفس الاكلينيكى من منظور سيكوباثولوجى يقودنا الى مسألة إنسانية فى ميدانه وهى أن هذا العلم يشمل فيما يشمل العمل فى حقل الأمراض النفسية والعقلية بالتعاون بين الطبيب النفسى والأخصائى النفسى والاجتماعى تعاونا يجعل منهم " فريقا" لايستقيم أمره اذا لم يخاطبوا بلغة واحدة .. وليس بخاف أن الطبيب النفسى فى هذه الآونة يتخذ مفاهيم علم النفس المرضى أساسا لفهم تكون الأعراض، كما أن علم النفس المرضى قد أصبح يستخدم على نحو أو آخر قدرا من مفاهيم التحليل النفسى التقليدى أو التحليل النفسى مصاغا طبقا للمنهج الفنومنولوجى أو الفنومنولوجى الوجودى واذا لم يكن الأخصائى النفسى الاكلينيكى الذى يعمل فى الفريق مزودا بقدر مناسب من مفاهيم علم النفس المرضى المعاصر ومعطياته انقطع التفاهيم بينه وبين الطبيب النفسى وانفرط عقد الفريق (زيور: ١٩٦٩)

٣ - **المنظور الشذوذى :**

ويرى فريق ثالث : أن علم النفس الاكينيكى يتناول فقط سلوك المرضى والشواذ.. وقد تحدد هذا المفهوم بتاريخ انشاء أول عيادة نفسية عام ١٨٩٦ بجامعة بنسلفانيا على يد ويتمر Witmer باقتراح تقدم به للرابطة السيكولوجية الأمريكية لانشاء عيادة نفسية تهتم بقياس الذكاء وتقدر التخلف العقلى أو الضعف العقلى ونواحى العجز والآثار التى تحدث عنه فى القيام بالوظائف العقلية ، الى جانب تصنيف الشذوذ العقلى - وعرف علم النفس الاكلينيكى آنذاك بأنه : علم يدرس سلوك الفرد وعقله ونفسه - عن طريق الملاحظة والتجريب ، ومن خلال وسائله يتم علاج العقل والنفس تربويا . "

ووفقا لهذا المنظور بدأ علم النفس الاكلينيكى يتبلور من الناحية العملية بانشاء مؤسسة فاينلاند Vineland institute لدراسة التخلف العقلى سنة ١٩٠٦، ثم انشاء عيادة شيكاغو لارشاد الأطفال Clinic Chicago Child Guidance سنة ١٩٠٩ (ابراهيم : ١٩٨٨، ١٣)

وقد عرف جودارد Godard علم النفس الاكلينيكى بأنه علم يعنى بالفحص للفرد الشاذ عقليا أو الأقل ذكاء.

ويرى والين Wallin أن علم النفس الاكلينيكى علم يتعرض لدراسة جوانب العملية العقلية لسلوك الشواذ عقليا وفحصهم بأساليبه الخاصة كالملاحظة والتجربة.

ومع أن الاهتمام الرئيسى لعلم النفس الاكلينيكى قد ظل قاصرا على عمليات التشخيص والتقدير للوظائف العقلية - وهو الاهتمام الذى ظل مرتبطا بتعريف علم النفس الاكلينيكى طوال النصف الأول من هذا القرن الا أن هذا التعريف قد وجه اليه كثير من الانتقادات التى أهمها أن علم النفس الاكلينيكى لايعنى فقط بالشواذ ، وانما يهتم أيضا بدراسة الأسوياء : نموهم وتطورهم ، وشخصيتهم ، ومشكلاتهم وأصبحت كلمة اكلينيكى تشير الى الدراسة العميقة للحالات الفردية.

٤ ـ **المنظور الحديث :**

نشر القسم الاكلينيكى فى جمعية علم النفس الأمريكيةAmerican Psychotogical Association تقريرا فى عام ١٩٣٥ ضمنه التعريف التالى لعلم النفس الاكلينيكى بأنه:

"ذلك الجانب من علم النفس التطبيقى الذى يهدف الى تحديد خصائص سلوك الفرد وامكاناته وذلك عن طريق استخدام طرق معينة للقياس والتحليل والملاحظة وعلى أساس تكامل هذه النتائج مع نتائج الفحوص الجسمية والتاريخ الاجتماعى للحالة: تقدم اقتراحات وتوصيات تساعد على احداث التكيف المناسب للفرد." . (Mackay 1975)

غير أن هذا التعريف لم يعد مقبولا حاليا من الكثيرين الذين يعملون فى هذا الميدان، ولايكاد يخرج عن كونه جزء من تاريخ مضى وولى:

ممن الملاحظ أن هذا التعريف يصف فقط ما يفعله أكثرية السيكولوجيين الاكلينيكيين ، الا أنه لم يحدد نوع السلوك موضوع الدراسة، ولم يضح طرق التوجيه أو العلاج (فهمى : ١٩٦٧، ٣٨)

ومن ناحية أخرى : فان الوظائف الموكولة للأخصائى النفسى الاكلينيكى لم تعد قاصرة على عمليات التقدير واستخدام المقاييس وأدوات التشخيص (ابراهيم: ١٩٨٨، ١٥)

هذا ولقد عرف فريق من علماء النفس علم النفس الاكلينيكى بأنه : ذلك الفرع من فروع علم النفس الذى يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها (مليكة: ١٩٨١، ١١)

فقد أوصت اللجنة الخاصة بالقسم الاكلينيكى للجمعية الامريكية لعلم النفس باستخدام مصطلح علم النفس الاكلينيكى للدلالة على الفن الذى يتناول مشكلات التوافق لدى الناس" ويعرف دولDoll علم النفس الإكلينيكى بأنه " علم وطريقة وفن

استخدام المبادىء والمناهج والاجراءات السيكولوجية للنهوض بمصلحة الانسان الفرد فى سبيل تحقيق خير أوجه التوافق الاجتماعى والتعبير عن الذات" . (براون: ١٩٦٨، ٧٨٧).

ويرى جوليان روتر J.Rotter (١٩٧١) أن علم النفس الاكلينيكى - بالمعنى الواسع" هو ميدان تطبيق المبادىء النفسية التى تهتم أساسا بالتوافق السيكولوجى للأفراد.. ويتضمن التوافق السيكولوجى : مشكلات السعادة مثل ـ مشاعر عدم الارتياح ، والاحباط ، وعدم الملاءمة ، والقلق ، أو التوتر لدى الفرد ، كما يتضمن علاقاته بالآخرين ، ومطالب المجتمع الأكبر الذى يعيش فيه وأهدافه وعاداته (روتر: ١٩٨٤، ٢٣)

غير أن هذا التعريف على الرغم من قيمته فإنه عام جدا : فهو لايميز علم النفس الاكلينيكى عن غيره من مجالات التطبيق الأخرى فى علم النفس كالميادين المهنية التى تهتم بطريقة أو بأخرى بالتوافق السيكولوجى الكلى للفرد : كالارشاد النفسى ، والاستشارة المهنية التى تهتم بتوافق الفرد مع عمله ، والهندسة البشرية : التى تعالج جزئيا توافق الانسان مع الآلة التى يعمل عليها ، وعلم النفس المدرسى الذى يتضمن توافق الفرد للدراسة ...الخ على الرغم من أن هذه المجالات الأخيرة تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق (روتر : ١٩٨٤، ٢٤).. وعلى الرغم من عمومية هذا التعريف : فان من مميزاته : أنه يؤكد على أن الأخصائى النفسى الاكلينيكى هو أولا وقبل كل شىء عالم نفس يحتفظ بولائه لعلم النفس الذى يتلقى اعداده فيه ، ولو أنه يتخصص فى الجانب الاكلينيكى ويتلقى تدريباته العملية الضرورية من المواقف الاكلينيكية نفسها.

وأخيراً : يعرف علم النفس الاكلينيكى بأنه : " طريقة لاكتساب المعرفة المنظمة بالشخصية الانسانية ، ولاعداد الطرق لاستخدام هذه المعرفة لتحسين الحالة العقلية للفرد" (مليكه : ١٩٨١، ١١).

ويتفق هذا التعريف مع ما سبقه من تعريفات فى نقاط أساسية وهى التركيز على تحسين طبيعة الشخصية الانسانية، الا أنه يزداد عليها فى الاهتمام " بتشخيص" و"علاج" المشكلات النفسية أى غير الطبية لدى الناس . كما أن هذا التعريف يؤكد على الجانبين العلمى والمهنى فى علم النفس الاكلينيكى لذلك : فان تدريب الأخصائى فى هذا الميدان يجب أن يكتمل فى ثلاثة مجالات أساسية هى : البحث، والتشخيص، والعلاج بحيث أن النقص فى جانب منها يؤدى الى الانتقاص من فعالية أداء الأخصائى النفسى الاكلينيكى لوظيفته.

وعلى هذا : نستطيع أن نذهب الى تحديد موضوع علم النفس الاكلينيكى فى ضوء التعريف التالى:

"علم النفس الاكلينيكى : هو ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذى يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها، وهو فى سبيل تحقيق ذلك يستعين بوسائل وأدوات علمية : ويتم هذا التشخيص وذلك التوجيه أو العلاج فى عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الغرض".

وهكذا : فان بؤرة الانتباه للأخصائى النفس الاكلينيكى تقع على ذلك الفرد من الناس الذى يبدى حاجته الى الخدمات النفسية ، وهو يفرغ لمشكلة تقديم العون لتحقيق أكبر قدر مستطاع من التوافق ازاء تقلبات الحياة .. والتكوين الفريد للانسان هو المادة التى يدرسها لذاتها .. فالأخصائى الاكلينيكى اذن يعنى بالفرد من أجل ذلك الفرد نفسه ، وبفهمه تمهيدا لاعداد ما ينبغى أن يعمله له ، ثم بعد ذلك يعاونه اما بمفرده أو مشتركا مع غيره من الأخصائيين كالأطباء والمعلمين ومن على شاكلتهم ، على بذل الخطوات اللازمة لتحقيق التوافق الشخصى (واطسن: ١٩٦٩، ٦٣٣-٦٣٤)

الحاجة الى علم النفس الاكلينيكى

تنبع أهمية علم النفس الاكلينيكى أو أهمية دراسته من طبيعة العصر الذى نعيشه والتى تؤدى الى اشاعة الخوف والذعر والقلق حتى أن كثيرا من علماء

النفس يطلقون على العصر الحاضر" عصر القلق" ، ذلك أن أهم ما امتاز به ق ٢٠ أنه عصر سادت فيه عوامل الصراع والتطاحن والحرب النفسية لدرجة جعلت كثيرا من سكان العالم يعيشون على حافة الهاوية، مما جعل الاضطراب النفسى يسيطر على كثير من مظاهر سلوك الناس فما بالك ونحن على أعتاب ق ٢١ وما يمكن أن يواجهه الناس من أحداث واضطرابات تضغط على أعصابهم وتثير نفوسهم وتوقعهم فريسة للمرض النفسى..

سوف نستعرض فيما يلى أهم ملامح المدنية الحديثة وما تفرضه من تغيرات وتطورات فى حياة الناس وكيف انعكس ذلك على نشأة الكثير من الاضطرابات النفسية لتوضح مدى الحاجة الى خدمات علم النفس الاكلينيكى من ذلك :

١ - التقدم العلمى والتكنولوجى :

لقد جاء ق ٢٠ وجاءت معه مجموعة من الطفرات العلمية ، فأطلق على هذا العصر عصر الذرة، وعصر الفضاء، وعصر الحاسب ، وربما يطلق عليه البعض حاليا عصر الأطباق (الدش) بل أطلق عليه البعض عصر الهندسة الوراثية بعدما تدخل الانسان وتلاعب فى المادة الوراثية لبعض الكائنات ، وظهر مؤخرا ما يعرف بالاستنساخ ، وفوق ذلك كله أطلق على العصر الحاضر عصر القلق وعصر الاكتئاب . فلقد أدى التقدم العلمى والتكنولوجى الى سيادة المخترعات الحديثه التى سهلت حياة الناس بدرجة كبيرة ، ومع ذلك كانت مصدرا لشقائهم.

لقد سادت الأجهزة والمخترعات التى تحقق رفاهية الانسان وتيسير سبل الحياة كالراديو ، والتليفزيون ، والفيديو ، وأجهزة التبريد والتكييف، والسيارات والطائرات... الخ .. هذه الأجهزة بما تمتاز به من تعقيد لابد أن يتعلم الفرد كيف يتوافق معها على ما فيها من تعقيد وهذه مهمة قد ينجح فيها أحيانا ويفشل غالبا ، وتوقع الفشل هذا غالبا ما يؤرقه ويقلقه كلما شعر بالنقص أمام عظمة هذا المخترعات الحديثة أو احتمال سوء تكيفه معها ، وفشله فى الافادة منها .. ولو أضفنا الى ذلك أن هذه المخترعات الحديثة تتكلف من المال ما قد ينوء به دخل الفرد العادى ، فانه تبعا لذلك يكون شديد الحرص على سلامتها، وأكثر خوفا من

أن يصيبها ما يتلفها ، فى الوقت الذى يكون فى موقف العاجز عن حمايتها من التلف لجهله بها ومعاناته العجز والدونية اذا ما تطاول لمحاولة اصلاحها.

"فهذه سيارة أودعها صاحبها كل ما يملك من مال : فكل عطل فيها يثير ثائرته ، ويسبب اضطرابه وقلقه ، ومع كل خلل بسيط فيها يتعرض لنوبات من التوتر والضيق والقلق خصوصا وأنها ترتبط براحته وراحة أسرته .. وعلى الرغم من أن هذا القلق يزول بعد فترة من الزمن ، الا أنه يترك فى جهازه العصبى والحشوى والغدى آثارا سيئة تتكرر كلما تكرر هذا الموقف الذى لايعيشه الفرد الذى يركب الدواب.. وكثيرا ما نجد أن قلق هؤلاء الناس غالبا ما ينقلب الى عدوانية نحو أنفسهم أو أبنائهم يكيلون لهم اللوم والسباب، ويسقطون عليهم أسباب هذا الفشل، ويبعثون فى الأسرة حالة من الضيق والتوتر وهنا يعيش الجميع حالة من التوجس والخوف من أى عطل فى هذه السيارة (غالى ، أبو علام ١٩٧٤، ٩).


شدة الإجهاد وزيادة التوتر النفسى

يضاف إلى ذلك أن التقدم التكنولوجى جعل الناس يعيشون تشكيلة من المنبهات الحسية (أضواء، ألوان ، أصوات ، ضجيج وعجيج) من أشياء تصل الى الحواس بشكل مستمر بينما حواس الإنسان وجهازه العصبى ليسا مجهزين للتعامل مع هذا العدد اللامتناهى من المنبهات.. وهذا ما يفسر انضغاط الانسان المعاصر وزيادة معدل الأمراض النفسية، ويعد القلق والاكتئاب ابرز أمراض العصر والأكتئاب واحد من الأمراض النفسية التى تؤدى الى الانتحار ، وواحد من أكبر المشكلات التى تواجه العالم .

٢- البطالة :

وهناك نوع آخر من المخترعات التى تستهدف زيادة الانتاج ، وهى مخترعات تتسم بالميكنة والضبط الآلى (السيبرنتيكا) Cyberentics واستخدام الحاسب الآلى والآلات الأوتوماتيكية والروبوت .. وغيرها التى أصبحت تستخدم كبدائل للعنصر البشرى وتحل محل العمل العقلى والروتينى اليدوى وبذلك غزت الميكنة عالم العمل والمهن مما ادى الى اندثار المهن التى كانت تستخدم عمالة كبيرة ، والاستغناء عن آلاف العمال فى المصانع وحلت الآلية محلهم بكفاءة أكثر ، والمصنع الذى كان يحتاج الى آلاف العمال فيما مضى أصبح الآن يحتاج فقط الى بضع عمال للاشراف على الأجهزة الآلية حيث تدخل المادة من ناحية فتخرج المادة المنتجة آليا من الناحية الأخرى بسرعة ودقة .. وقد أدى ذلك إلى تناقص فرص العمل بشكل كبير تعجز معه على مواجهة الأعداد المتزايده من الخريجين والمتدربين وانتشار البطالة بين المتعلمين ، وزيادة أوقات الفراغ وما ترتب على ذلك من مشكلات اجتماعية ، وأصبح كثير من الناس فى ذعر نتيجة لاختفاء كثير من المهن القديمة ، وبدا من الضرورى ايجاد التخصص الدقيق فى العمل، والحاجة الى اعداد صفوة ممتازة من العاملين (زهران : ١٩٨٠، ٣١-٣٤).

ولقد زادت حدة التنافس والفردية والصراع الأدمى والاستغلال واضطراب العلاقات الانسانية مما أدى بدوره الى تولد الانعزال الوجدانى والفقر العاطفى والشعور بفراغ الحياة، وفقدان التوازن النفسى وبدأ الفرد يشعر أنه عاجز ضعيف، وأنه مهدد لايجد من يحميه ويقيه شرور العالم ،لاسيما أن المثل العليا لم تعد من القوة بحيث تجعل الفرد يشعر بأنه جزء من قوة عظمى غيبية توجهه وتحميه وتحفظه من النوائب (فهمى: ١٩٦٧، ٣٢).



البطالة بين شباب الخريجين

ومن ثم : فإن المجتمع بحاجة إلى خدمات الارشاد والتوجيه المهنى والتربوى التى يجب أن تبدأ منذ مرحلة مبكرة من حياة الفرد لمساعدته على اختيار المسارات التى تتناسب مع متطلبات العصر ومساعدته على اكتساب المهارات للتقدم للوظائف والحصول عليها (الشناوى: ١٩٩٦)

٣ ـ الحروب وأسلحة الدمار الشامل :

شهد العصر الحالى تطورات هائلة فى الحروب مع تطور مخترعات التخريب والدمار هذه المخترعات التى يتفنن العلماء فى ابتداعها، وفى تحسين قدرتها على افناء البشر .. وتطالعنا الصحف كل صباح وتمسينا فى كل ليلة وفى صفحاتها الأولى وبالبنط العريض بأنباء عن اختراع جديد لآلة من آلات الدمار : فهذه قاذفة قنابل ذرية أسرع من الصوت، وأخرى تفوق سرعتها سرعة الضوء ،

وهذه قنبلة ذرية ثم هيدروجينية ، وصاروخ برأس نووى موجه بأشعة الليزر أو غير موجه ، وهذه غواصة تسير بالقوة الذرية ، وتلك أقمار تجسس تكشف الأسرار وتنقل الأخبار ، وهذه سفينة كبيرة مشحونة بوسائل علمية دقيقة تعطل أى قوة ضاربة أو مدافعة أو غازية ...الخ..



التشرد من جراء الحروب

وهذه وتلك مما تتهلع له القلوب مما يجعل انفعالات الناس فى جميع دول العالم تتأرجح بين مد وجزر، وتجعلهم يعيشون فترة من الزمن فى رعب مؤلم قد نتناساه ولكنه لايموت ويظل يبذر فى نفوسنا بذور القلق اللاشعورى الغامض الذى

نجهل خبراته المعرفية ولكننا نعانى من استمرار هيام توتراته الانفعالية وخاصة اذا كانت الصحف اليومية والاذاعات العالمية تطالعنا كل يوم بأخبار عن الأزمات السياسية فى كل مكان من العالم (غالى، وأبو علام : ١٩٧٤) من ذلك : الحروب الدائرة فى كل مكان: ، أزمة البوسنة والهرسك، أزمة الشيشان التى يقتل فيها آلاف الأبرياء بأيدى آثمة ، وقبل ذلك : حرب لبنان ، اسرائيل ومشكلة فلسطين والمذابح الدامية فى الأراضى المحتلة ، إلى حرب الخليج، إلى مشكلة الصومال وجنوب افريقيا.. الى مشكلة الجزائر وأخبار الارهاب فى كل مكان فى العالم واختطاف الطائرات وترويع الآمنين...الخ .. فانتشار الأزمات السياسية ، والنظام العالمى الجديد بعد انتهاء الحرب الباردة ، وخطر استخدام أسلحة وأجهزة الدمار الشامل ، الى جانب الحظر الذى تفرضه الدول الكبرى على غيرها كل ذلك يجر على الانسانية ضغطا نفسيا خانقا ، ويجعل البشر يعانون كثيرا من الضيق والاضطراب وأصبح كل خبر نقرأه أو نسمعه انما يثير فينا كوامن القلق مما يهدد الأمن النفسى لكل فرد .. إلى جانب ما تخلفه الحروف من خلل فى التركيب البشرى للمجتمع نتيجة لوفاة المحاربين، وما يترتب على الناجين منها من اعاقات.. ومن ثم : يتحتم وجود الأخصائيين النفسيين الذين يساهمون فى عمليات الارشاد والعلاج فى أعقاب الصدمات الناتجة عن الحروب، إلى جانب خدمات أعادة التأهيل Rehabilitation لمصابى الحرب.

٤ ـ تهديد مستقبل البشرية :

فعلماء الاحصاءات السكانية ، وقادة منظمات الأغذية والزراعة ، وخبراء المال والاقتصاد ، وأساتذة علوم التربة والنبات .. كل هؤلاء يخرجون علينا كل يوم بحقائق تثير فينا الزعر وعدم الطمأنينة .. من ذلك أن :

- الانفجار السكانى فى العالم يهدد بمجاعة قبل نهاية القرن العشرين ومع مشارف القرن الحادى العشرين.
- سيكون سكان العالم عام ٢٠٠٠ (كذا) من البشر يحتاجون لأضعاف هذه المساحة المنزرعة من الأرض.

- الغذاء فى (كذا) من الأعوام لن يكفى نصف سكان العالم.
- لابد من حرب أو وباء لانقاذ العالم من هاوية المجاعة التى تهدده بسبب الزيادة فى عدد السكان.
- التصنيع لايحل مشكلة نقص الغذاء فى العالم.

الى غير ذلك من الأخبار التى تصور المستقبل معتما موحشا موغلا فى الوحشة.. تصوره ونحن نسلمه لأبنائنا ليعيشوا فى ضنك وفقر.. وكل ذلك يبعث فى النفس مشاعر القلق وتوقع الفقر.. ولذلك : فكلما نقصت سلعة أصاب الناس الذعر والهلع وتكالبوا عليها حماية لأنفسهم قبل انعدامها (غالى وأبو علام: ١٩٧٤)

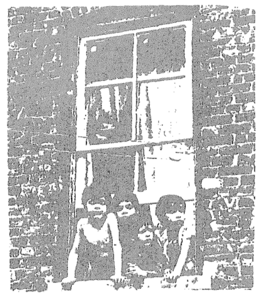
بل انه فى هذه الأيام تتواتر أخبار المجاعات والقحط فى كثير من دول العالم مما يثير خوف الناس وقلقهم المكبوت من الحرمان من ذلك: مجاعات بلاد وسط آسيا تلفت الأنظار، والقلاقل تعم بعض ولايات الهند تطالب بالطعام والخبز، مجاعات دول وسط افريقيا ، المجاعة فى الصومال على أثر الحرب الأهلية ، الى جانب انهيار بورصة جنوب شرق آسيا الذى أصبح يهدد إقتصاد العالم .. كل ذلك مما تورد وسائل الاعلام من أخبارها حيث يموت الآلاف جوعا ، وتعرض مناظر أهلها التى تفتت الأكباد ...وهذا كله يعمق توقع شر المجاعة ، ويعمق كذلك قلق الحرمان الذى يعانية الناس ، ويجعلهم يتكالبون من أجل العيش ويتطاحنون من أجل الثروة، وهذا ما يلقى أعباء اضافية على الأخصائيين النفسيين.

٥ - انتشار الأزمات الاقتصادية :

فإلى جانب موجة غلاء الأسعار التي تجتاح العالم وانتشار الفقر والتهديد بالجوع تضاف مشكلات اقتصادية أخرى منها:

- البطالة والتهديد بفقدان العمل : مما جعل طبقة كبرى من العاملين فى حقلى الزراعة والصناعة يشعرون بعدم الأمن على مستقبل حياتهم فى ميادين عملوا بها لسنوات طويلة ، وخاصة عندما يسمعون عن البطالة فى كثير من الدول بسبب ضغط الميزانيات فى هذه الدول.

- الفروق بين طبقات المجتمع الواحد فالهرم الطبقى ليس مستويا وأصبح بمثابة كتل من الطبقات التى تتباعد المسافات بين أفرادها ، وعدم المساواة فى الممتلكات وفرص العمل بين أفراد يمتلكون كل مقومات الحياة والكماليات وموارد الثروة ، حرمان أفراد كثيرين وعدم قدرتهم على الحصول عليها ونعمة الاستمتاع بها ، مع ضعف التكافل الاجتماعى بين



الاضطراب النفسى الناتج عن

الطبقات وما يثيره ذلك فى نفوس الأفراد من حقد جماعى وصراع طبقى ، وشعور الانسان بنزعات عدوانية لاقبل له بالتعبير عنها ، فتظل هذه المشاعر مكبوتة تعتمل فى النفوس مما يتلف أنسجة الأعضاء والأحشاء ويسبب الاضطرابات النفسية.

- النظم الاقتصادية العالمية التى تشيع فى أنحاء العالم حاليا ومنها - الأسواق الاقليمية : كالسوق الأوربية ، ونطاق الاسترلينى ، وأنواع العملة الصعبة والسهلة، والتكتلات الاقتصادية ، وحوار الشمال والجنوب والدول الغنية والدول الفقيرة ، واتفاقية الجات ... الخ وما ينتج عن هذه النظم الاقتصادية من آثار على حياة الناس ويجعل حصول الأفراد والجماعات والأمم على بعض حاجاتهم من مقومات اشباع الحاجات الأساسية أمرا معرضا للتهديد والخطر فى كثير من الأحيان ، بل قد يكون سببا فى تهديد أمن الناس على أرواحهم حين يتفشى داء ويعز الدواء لنقص العملة اللازمة للشراء - وهذا ما يلقى تحديا أمام الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين فى الارشاد الجماعى وأرشاد المجتمع Community Counseling ، بجانب فروع الارشاد والعلاج النفسى الأخرى التى ستزيد مهامها مع تفاقم هذه المشكلات.

٦ - حرمان الأسرة من الرعاية الأمومية :

يمتاز ق٢٠ أيضا باندفاع المرأة لميدان العمل طلبا للرزق واثبات وجودها، وهي بذلك تضحي عن وعي أو عن غير وعي بمستقبل جيل من الأبناء يعيشون حياة عزلة وحرمان منذ الصغر ، ويضعف الروابط الأسرية ضعفا يهدد الكثير من الأبناء ، ويجعلهم يتوقعون الخطر في كل العلاقات الاجتماعية ويثورون عليه، وخاصة بعد أن تنعدم الثقة بين الأجيال لدرجة التصارع الواضح بين الجيلين (جيل الآباء وجيل الأبناء) بعد أن انصرف كل جيل الى اشباع نوازعه غير المرغوبة أو المرغوبة دون اعتبار للغير دون اعتبار للغير .. كما ظهرت كثير من السلبيات في العلاقات مع الزوج وفي ادارة المرأة للأسرة ورعاية الأطفال خاصة مع الاتجاه الى الأسرة النووية فأصبحت المشاكل أكثر وأكبر وظهر نتيجة خروج المرأة للعمل ظاهرة " أطفال المفاتيح" خاصة مع اختلاف مواعيد عودة الأطفال من المدرسة ومواعيد عودة الوالدين من العمل، بينما لجأت بعض المجتمعات إلى المربيات والخادمات الأجانب في بعض الاحيان (كما هو الحال في المجتمعات الخليجية) ، ومن ثم ظهور قيم ثقافية واجتماعية لحياة الطفل تختلف عما هو سائد في أسرته من قيم ، واذا كان كلا من فريقي الابناء والآباء يصارع الأمواج بعد أن أغرقتهم مشكلات الحياة وقل جلوس الأسرة معا والتفافها حول مائدة الطعام أو جلسة السمر ، ولاتجلس الأسرة مع بعضها الا أمام جهاز التليفزيون وتشاهد ما يفرضه عليهم.



الحياة الاسرية المتوافقة أساس التوافق النفسي للأبناء

ولعل ذلك هو سبب ثورات الشـباب فـى معظـم دول العـالم التـى هـى فـى جوهرها تعبير عن قلق الشباب على مستقبله ، وأنه تعبير عن عدوان مكبـوت ضـد ممثلى السلطة من الآباء أولا ، ثـم يعمـم علـى الساسـة والقـادة ثانيـاً أولئـك الذيـن فشلوا فى اشباع حاجات الشباب الضرورية للأمن واثبـات الـذات والنجـاح وتحقيـق درجة معقولة من تأمين مستقبل الشباب لذلك بدأت الدعوة فى كثير من بلاد أوربـا وأمريكـا تدعـو الـى الحاجـة الـى "أمهـات يقـرن فـى بيوتهـن "We need home mothers". أن هذه الظاهرة تضع مجموعة من التحديات أمام الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لارشاد الأسرة وأبنائها لمواجهة المشكلات المترتبة عليها.

٧ ـ أساليب التنشئة الخاطئة:

فاستخدام الأساليب الخاطئة فى معاملة الوالدين لأبنائهم يؤدى الى بـذر بـذور القلق والاضطراب وتكوين الشخصية المريضة نفسياً ومن تلـك الأسـاليب الخاطئـة: استخدام النبذ ، والحرمان أحيانا كوسائل لتـأديب الأطفـال ،أو العقـاب القاسـى الـذى يمارسـه الآبـاء مـع الصغـار ، والمقارنـة ، والتذبـذب فـى المعاملـة ، والتحقـير ، أو التدليل الزائد ، والتسـامح المخل بـالنمو النفسـى السـليم، أو رسـم مستويات مـن الطموح الزائد للأبناء ، تجعلهم يتوقعون الفشل أو الشعور بـالنقص ، ويشـعر الفـرد بأنه يعيـش فى عالم ملىء بالعدوان دائما أبـداً. وبذلـك تتخـذ شـخصية الأبنـاء أحـد أنماط ثلاثة :

- إما الاتجاه نحو العدوان على العالم الخارجى.
- أو الاتجاه نحو الانسحاب من العالم واجترار صراعاته النفسية.
- أو الغاء الشخصية والاتجاه نحو مسايرة العالم.

كل هذه الأنماط من الشخصية المريضة انما هى استجابة لما يعانيه من قلق ممهن ومتاعب مضنية (غالى وأبو علام: ١٩٧٤)

٨ ـ الطفرة الاعلامية والجريمة :

لقد استفاد الانسان فى السنوات الأخيرة من الأقمار الصناعية التى تجوب الفضاء فى وسائل الاتصالات وبث البرامج الاعلامية الاذاعية والتليفزيونية ، فأصبح العالم بمثابة قرية صغيرة اصطلح الاعلاميون على تسميتها بالقرية الكونية The Globale Villageحيث أصبحت المعلومات والأخبار تنقل الى جميع أنحاء العالم فى نفس وقت وقوع الأحداث ، وأصبحت المادة الاعلامية سلعة تروج .. وأصبحنا نستطيع ببساطة استقبال أكثر من ٥٠ محطة شهيرة تبث برامجها لتصل الى منطقتنا بخلاف أكثر من مائة محطة جانبية أخرى يمكن استقبالها بسهولة .. واذا كان من الثابت علميا أن الانسان يتعلم بالمشاهدة أسرع من وسائل التعلم الأخرى فانه مما لاشك فيه : أن الاعلام أصبح مصدرا لبث كثير من القيم والسلوكيات الغريبة، بل أصبح الآن شريكا للأسرة والمدرسة فى تربية النشئ وتوجيه عقولهم ومشاعرهم وسلوكياتهم .. واذا كانت المادة الاعلامية التى تعرض قد خرجت عن رقابة المراقبين ، فانها بذلك أصبحت تمثل تحديا للقيم الموروثه والأنظمة التربوية وأحدثت فجوة هائلة بين الأجيال خاصة بين الوالدين وأبنائهم.

ولقد أوضحت كثير من الدراسات العلمية وجود علاقة وثيقة بين العروض التليفزيونية التى تشتمل على العنف والعدوان وبين سلوك العنف والعدوان فى المجتمع .. والمراقب للشارع العربى والمصرى يجد تطورا خطيرا فى الجريمة وأسبابها وأدواتها، وأخطر الجرائم ما أصبح فى داخل الأسرة بين أبناء وآباء ، وأزواج وزوجات وكثير منها يتأثر فى اتمامه بما تعرضه وسائل الاعلام .. ناهيك عن شيوع ظاهرة الارهاب الذى أضحى ظاهرة عالمية مميزة للربع الأخير من هذا القرن ، بالاضافة الى ظاهرة التطرف والانحراف فى التفكير الذى يجذب اليه الشباب والمراهقين فى مرحلة يتميز أصحابها بالرغبة فى اعتناق كل جديد...

هذه الحقائق لاشك تدق ناقوس الخطر لمواجهتها للحد من عدد المعرضين للانحراف بل الجريمة أو نتيجة لها والحد من عدد الضحايا، وذلك من خلال

البرامج الوقائية والارشادية والعلاجية .. بل أضحى المجتمع بكل فئاته بحاجة الى نوع من الارشاد الأمنى يساعد الأفراد على تنمية وسائل أمنهم ووقايتهم من الجريمة ، بل وعلاج آثار الجريمة فى شكل ارشاد للطوارئ والأزمات خاصة بالنسبة للأفراد الذين يتعرضون لجريمة سرقة أو عدوان أو اغتصاب ومايصابون من جرائه من ضغوط نفسية (الشناوى: ١٩٩٦)

٩ - انتشار الأمراض الخطيرة:

مع أنه قد حدث تفاؤل فى منتصف ق ٢٠ مع تطور المضادات الحيوية فى مواجهة الأمراض الخطيرة مما دفع الى اغلاق مؤسسات كانت ترعى أصحابها مثل الدرن الرئوى والجزام وغيرها من الأمراض الخطيرة والمعدية، الا أن هذا العصر شهد ظهور أمراض مميتة وأوبئة أكثر خطرا جعلت الناس يشعرون بالهلع منها بعد انتشارها بصورة واضحة فى كثير من دول العالم مما بات يهدد حياة كل فرد وتعرف بأمراض النهاية Terminal Diseases ومنها : أمراض القلب ، والفشل الكلوى، والسرطان ، وأخيرا الأيدز AIDS وهو اختصار لاصطلاح نقص المناعة المكتسب Aquired Immunity Defeciency Syndrome الذى يسببه فيروس أطلق عليه HIV وهو اختصار لمصطلح Human Immunity Virus ويعد هذا المرض طاعون العصر نظرا لخطورته وعدواه ، وعدم وجود علاج معروف له..

ويعد انتشار مثل هذه الأمراض نذير خطر عى الانسان لما هو معروف عنها بمصاحباتها الجسمية والنفسية وما يتصل بنتائجها على المريض وأسرته.. وأصبحت هذه الأمراض الخطيرة تحديا أمام علم النفس الاكلينيكى خاصة طول فترة المرض وأن المرض الأخير (الايدز) يكون مصحوبا بالهروب والخوف من العدوى من كل المحيطين بالمريض مما يجعله يتدهور نفسيا بشكل بالغ ومن ثم : فان خدمات المساعدة النفسية الانسانية تفرض نفسها فى معاونة المريض وأسرته والمجتمع بصفة عامة.

١٠ - زيادة ضغوط الحياة :

تعرف الضغوط Stress بأنها أى مثيرات أو تغيرات فى البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجة من الشدة والدوام بما يثقل القدرة التكيفية للانسان الى حده الأقصى ، والتى فى ظروف معينة يمكن أن تؤدى الى اختلال السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفى الذى يؤدى الى المرض.. وقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير مريحة.

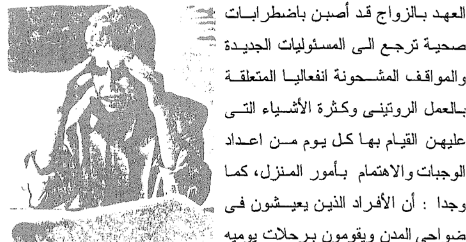
ولقد اهتم علماء النفس بأحداث الحياة Life events كمدخل لدراسة الضغوط التى تنعكس على الحالة الجسمية والنفسية للانسان .. وقد عرفت DSM III أحداث الحياة الضاغطة بأنها أى حرمان يثقل كاهل الانسان نتيجة لمروره بخبرة غير مريحة .. وهناك ثلاثة أنماط من أحداث الحياة الضاغطة:

- الكوارث الطبيعية : كالفيضانات والزلازل ... وما اليها.
- الكوارث العرضية (غير المقصودة) التى من صنع الانسان: كحوادث السيارات ذات الأذى الجسمى الخطير، تحطم طائرة ، حريق كبير.
- الكوارث الناتجة عن الفعل المتأنى والمخطط للانسان : كالقذف بالقنابل ، او اطلاق الرصاص، التعذيب والتشويه، الاغتصاب، الموت فى معسكر...الخ.

ويذكر فرانس France (١٩٨٠) أن من بين ضغوط أحداث الحياة : الوحدة، المرض، فساد طفل، تعاطى العقاقير، الصراع الزواجى، الطلاق، الانفصال ، البطالة من العمل، الشيخوخة... فقدان المهنة، السجن، الديون، فقدان شخص عيز، الضغوط المهنية.

بالاضافة الى ما سبق فقد حاول بعض علماء النفس معالجة أثر الخبرات اليومية المشحونة انفعاليا على الحالة الصحية للانسان ومنها الكدح اليومى، والاثارات ، والاحباطات الناتجة عن روتين الحياة، والمجادلات ، والنزاعات المزعجة.. حيث افترضت بعض الدراسات أن هذه المواقف المشحونة هى منبئات جيدة للأمراض الجسمية والنفسية مثلها مثل

الاحداث الرئيسية .. ففى دراسة أجراها دوهريتويند وشروت Dohrenwend & Shrout (١٩٨٥) اتضح لهما أن نسبة كبيــرة من حديثات


صداع ناتج عن التوتر العصبى

العهد بالزواج قد أصبن باضطرابات صحية ترجع الى المسئوليات الجديدة والمواقف المشحونة انفعاليا المتعلقة بالعمل الروتينى وكثرة الأشياء التى عليهن القيام بها كل يوم من اعداد الوجبات والاهتمام بأمور المنزل، كما وجدا : أن الأفراد الذين يعيشون فى ضواحى المدن ويقومون برحلات يوميه بالقطار بين مكان المنزل والعكس غالبا ما يشعرون بالارهاق والتوتر الانفعالى، ويشعرون بأن أخذ القطار يوميا يعد حدثا مشحونا انفعاليا لأنه يجعلهم فى عجلة مستمرة للوصول الى العمل فى موعده وفى ترقب دائم خشية التأخر عن موعد القطار، فى حين كان الأفراد الأصحاء يرحبون بوقت الرحلة اليومية التى يتمكنون خلالها من قراءة رواية أو جريدة.

بالاضافة لذلك فان بعض الضغوط تكون قصيرة المدى كانتظار جراحة أو نتيجة امتحان أو قبول فى مدرسة أو جامعة أو عمل، وبعضها تكون متواصلة أو يتكرر حدوثها مرارا كالمعيشة مع آباء مستبدين أو متعسفين، النزاعات والصراعات الزوجية والمشكلات فى داخل الأسرة، والعمل فى ظروف غير مواتية، والوقوع فى مكيدة فى العلاقات الاجتماعية ، الفقر ، التفرقة، العنصرية...الخ.

وقد انتهى الباحثون الى أن ضغوط أحداث الحياة تجعل الانسان عرضة للانهيار العصبى والوقوع فريسة للأمرض الجسمية والنفسية .. وأن الشعور بانعدام الثقة وقلة التحمل وعدم القدرة على التحكم فى الأحداث والمشكلات هى مسببات

للمرض الجسمي والنفسي (مصطفى: ١٩٨٩، ١٩٩٢). وهذا بدوره مما يؤكد الحاجة لعلم النفس الاكلينيكى لمواجهة أحداثالحياة الضاغطة ومساعدة الانسان فى اتخاذ خطوات ايجابية لمواجهة هذه الأحداث والتخفيف من حدتها.



الأثر النفسى لضغوط الحياة

علم النفس الاكلينيكى والعلوم المرتبطة به

١ - علم النفس والعلوم الطبية:

يرتبط العلاج عند الناس بالطب ومن ثم فان علم النفس العلاجى ملئ بالمصطلحات المشبعة بالمعنى الطبى مثل التشخيص والفحص والمآل والعلاج .. وهناك قدر كبير من المعلومات من العلوم الطبية يقوم بها الأخصائى النفسى والطبيب النفسى بحيث تعينه فى الدراسة والاحالة وتمكنه من العمل مع فريق يدخل الطبيب ضمن أعضائه.

ونحن نعلم أن هناك أرضا مشتركة بين علم النفس والطب وخاصة بالنسبة للامراض السيكوسوماتية فمن المعروف أن الانفعالات والضغوط النفسية لها رد فعل جسمى وفسيولوجى له اعراض وأمراض معروفة .. كما أن أمراض الجهاز العصبى غالبا ما تظهر فى شكل سلوك مضطرب للمريض..

ويحدد الدستور الاخلاقى للمعالجين النفسيين حدود العلاقة بين الأخصائى النفسى العلاجى والطبيعى فاذا ظهر مايستدعى استشارة طبيه أو احالة الى طبيب نفسى فعليه أن يفعل ذلك . (زهران : ١٩٨٠، ١٧)

٢ ـ علم النفس الاكلينيكى والطب النفسىPsychictry

الطب النفسى هو فرع الطب المختص بتشخيص الأمراض النفسية وعلاجها والوقاية منها والحد الفاصل بين طب الأمراض النفسية وغيره من فروع الطب غير واضح المعالم، فلايزال الكثير من وظائف العقل غير معروف للآن ـ وكلما تقدمت المعرفة تغيرت نظريات الأمراض النفسية ووسائل علاجها لتوائم الحديث من معلوماتنا.

والوظيفة الأساسية لهذا الفرع من العلوم الطبية من علاج الامراض والاختلالات العقلية .. وقد أحدثت الكشوف والنظريات العقلية الجديدة وبخاصة فى السنوات الأخيرة تغيرات بالغة فى مجالات التعليم والتربية وربما الطفولة والزواج وما اليها من مجالات انسانية أخرى، وفى الطريق الى علاج العقول المريضة .. ووضحت بعض معالم العقل وسيؤدى ذلك الى حقائق سيكون لتطبيقها آثارا حتميه فى المستقبل.

وواضح أن هدف الطب العقلى ليس العلاج فقط ولكنه أيضا التشخيص والأسباب ورسم برامج الوقاية (عيسوى، ١٩٩٠، ١٦٧)

ولذا : يشترك علم النفس الاكلينيكى العلاجى مع الطب النفسى فى دراسة سلوك الانسان غير السوى خاصة الأمراض العصابية والذهانية ـ ومن ثم : فان الطبيب النفسى هو واحد من أهم أعضاء الفريق العلاجى.

٣ ـ علم النفس الاكلينيكى والخدمة الاجتماعية:

تدخل الخدمة الاجتماعية (خدمة الفرد ، وخدمة الجماعة) ضمن مجالات اعداد الأخصائى النفسى الاكلينيكى والمعالج النفسى وأصبح العلاج الفردى والعلاج

الجمعى والعلاج الأسرى من أهم ميادين العلاج النفسى ويقوم الأخصائى الاجتماعى الاكلينيكى بالتعاون مع المحاكم فى قضايا اهمال الأطفال والاشراف على النزلاء فى المؤسسات الاصلاحية ، والمشاركة فى تخطيط رعاية الطفولة، وايجاد التدابير المالية للنفقات الطبية، وقضاء الحاجات الترويحية، وتخفيف الضغوط الناشئة عن الحياة الاجتماعية (سوين : ١٩٧٩، ٩٧). ومن ثم يستفيد علم النفس العلاجى عن مفاهيم علم الاجتماع فيما يتعلق بالجماعة وعوامل تكونها وعوامل تفككهاوديناميات العلاقات الاجتماعية وذلك فى دراساته العلاجية .

ويشترك العلاج النفسى مع الخدمة الاجتماعية فى أن كلا منهما خدمة ميدانية فى مجال حل المشكلات الانسانية، ويستعير العلاج النفسى من الخدمة الاجتماعية أساليب المقابلة ودراسة الحالة ، كما يشترك المعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى فى تقديم الخدمات التى تتناولها البيئة الاجتماعية بالتعديل حتى يسهل حل المشكلات ، ويشتركان معا فى الاهتمام بمشكلات الأسرة والدراسة والعمل ويتعاون المعالج النفسى مع الأخصائى الاجتماعى فى خدمة كل من الفرد والأسرة والمجتمع فى آن واحد حتى لنجد أن هذين الأخصائيين هما أقرب أعضاء الفريق العلاجى الى بعضهما البعض من حيث الاختصاصات والخدمات التى يقدمها كل منهما، (زهران : ١٩٨٠، ١٦-١٧)

٤ ـ علم النفس الاكلينيكى والتأهيل المهنى Vocational rechabliation

العلاج النفسى أحد فروع التأهيل المهنى وهو المتخصص لعلاج المرض المؤدى الى عاهات وذلك بغية تدريب ما تبقى لديهم من قدرات وأطراف على أنواع جديدة من المهن بحيث يعودون الى حظيرة العمل والانتاج، ويستطيعون تحمل أعباء معيشتهم دون أن يكونوا عالة على ذويهم... ويتضمن التأهيل المهنى تأهيلا نفسيا بحيث يقبل المصاب عاهته ويتعايش معها دون شعور بالتبرم أو الضجر أو السقوط ـ وتعاد له مشاعره فى الثقة بنفسه وقدرته على أن يحيا مع العامة حياة طيبة ـ وتسهم عمليات التأهيل المهنى فى زيادة الكفاءة الانتاجية لمعدلات الانتاج الفردى والجماعى (عيسوى : ١٩٨٦، ١٩٦)

٥ ـ **علم النفس الاكلينيكى والتمريض النفسى: Psychiatric Nursing**

وهو فرع من التمريض يتعلق بالعناية بالمرضى النفسيين.. والممرضة النفسيه ممرضة حاصلة على درجة جامعية فى التمريض ثم تتلقى بعد ذلك دراسات نظرية فى علم نفس الشواذ وعلم النفس الاكينيكى كما تتلقى تدريبا عمليا للتعامل مع المرضى النفسيين بصفة خاصة.

مكانة علم النفس الاكلينيكى فى الوقت الحاضر

ولاشك أن الظروف التى تسود حياة الناس قد جعلتهم يعيشون على حساب أعصابهم ومن ثم زادت حدة الاضطرابات والأمراض النفسية زيادة مطردة بسبب تعقد المدينة الحديثة الى جانب الجهل بالأسباب التى تؤدى الى كثير من الأمراض ، وان كان هناك فريق من العلماء يرى أن نسبة انتشار هذه الأمراض تعتبر عادية جدا ومرجع ذلك الى أن التقدم العلمى فى ميدان الطب العقلى قد ساعد على التعرف على كثير من الأمراض التى لم تكن معروفة من قبل، كما أن تحسن الخدمات النفسية فى المستشفيات العقلية قد ساعد على الاقبال عليها، كما ساعد انتشار التعليم على عدم احساس الناس بالعار الذى يصاحب وجود أحد هذه الأمراض فى الأسرة وجعلهم لايتحرجون من ارسال مريضهم الى المستشفى للعلاج ، بالاضافة لذلك : فان تحسن طرق العلاج قد أدت الى اطالة مدة الاقامة بالمستشفى.

ومن هنا تشير بعض الاحصائيات الى أن نسبة هذه الاضطرابات فى أوربا وأمريكا تصل الى ما يشغل حوالى ٤٠٪ من المجموع الكلى للأسرة فى المستشفيات وان اختلفت هذه النسبة من بلد الى آخر، أما فى الدول المتخلفة فلا يمكن حسم هذه القضية لعدم وجود الاحصائيات عن مدى توافر هذه الأمراض فيها (جلال: ١٩٧٠، ١٠٦-١٠٧)

هذا وقد قدرت بعض الاحصاءات أن المستشفيات العقلية فى انجلترا وويلز قد استوعبت فى عام ١٩٥٠ حوالى ١٥٠٠٠٠مريض من بين تعداد السكان الذى

كان آنذاك ٥٠ مليـون نسـمة ، ويـزداد عـدد الذيـن يعـالجون بهـذه المستشـفيات فـى الوقت الحاضر الى ضعفى او ثلاثة أضعاف العدد الموجـود... وهنـاك احصـاءات تشير الى أن نسبة (٣) من كل ألف من السكان مرضى بالمستشفيات العقلية وواحـد فى الألف منهم يقيم فى مستشفيات او مؤسسات التخلف العقلى، وهناك من يعتبرون أن عدد الأسرة اللازمة للمرضى النفسيين يساوى تقريبا العدد الاجمالى اللازم لجميع الأمراض الأخرى مضافا اليها الاصابات أيضا (فهمى : ١٩٦٧، ٣٤)

وفى أمريكا يقدر فيلكس وكرامر Felix & Kramer (١٩٥٣) ان هناك ما يقرب من ٧٥٠ ٠٠٠ مريض بمرض نفسى يترددون على مصحات الأمراض النفسية، وأن الذين يعانون من أعراض المرض العقلى يشغلون حوالى نصف الأسرة الموجودة بالمستشفيات .. وتقدر قيمة ما ينفق على هؤلاء المرضى بحوالى بليون دولار سنويا ، وأن هناك ١٦٠ شخصا من بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص من السكان ، وأن الفصاميين يمثلون نصف المرضى العقليين .. وتقدر بعض الدراسات التى أجريت فى نيويورك أن طفلا من كل عشرة أطفال سوف يودع فى احدى المصحات النفسية فى فترة ما من حياته الى جانب ذلك فان هناك من يذهب الى أن أكثر من ٦٪ من السكان يعانون نوعا ما من سوء التوافق ، وأن واحدا من كل عشرة من السكان يحتاج الى معونة الطب النفسى ان عاجلا أو آجلا ، وأن واحدا من كل ثمانية عشر شخصا ينفق بعض الوقت فى مستشفى للأمراض النفسية ، وأن عدد الذين يدخلون هذه المستشفيات كل عام يساوى عدد من يتخرجون من الجامعات، وتقدر قيمة ما ينفق سنويا من خدمات الرعاية والعلاج السيكاترى ما يقرب من ٢١٠ مليون دولار.. واذا أضفنا لذلك ما ينفقه المرضى الذهانيون على علاجهم فان اجمالى التكاليف السنوية للدولة يرتفع الى ٧٧ مليون دولار (فهمى : ١٩٦٧، ٣٦)

وتدل الاحصاءات فى معظم دول العالم على تزايد المتعاطين للمخدرات والمغيبات منها على وجه الخصوص ، وتضاعف عدد المترددين على مصحات

الأمراض النفسية، كما زادت حالات الانتحار ومحاولاته .. ويذكر كولمان colemanأن الأمريكيين قد أنفقوا عام ١٩٦٤ حوالى عشرة بلايين من الدولارات على الخمور ، كما بيعت ملايين الأطنان من العقاقير المهدئة .. ولقد أشارت بعض البحوث إلى أن مبيعات كتب علم النفس التى تتحدث عن توافق الشخصية قد زادت فى الآونة الأخيرة (Coleman, 1964, 4) ومما لاشك فيه أن هذه الأرقام قد تضاعفت بعد هذا التاريخ.

ولقد أعلن سويف (١٩٩٦) رئيس البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات فى مصر ورئيس لجنة المستشارين العلمية للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الادمان أن نتائج البحوث أكدت أن معدل انتشار المواد المخدرة بين طلاب الجامعة أصبح الآن ٩٪ فقط بعد أن كان ١٥,٥٪ فى عام ١٩٨٣ ، ٥ر١١٪ عام ١٩٩٠.. كما ذكر التقرير أن ٨١٪ من طلاب الجامعة يجربون مرة واحدة ويمتنعون ، وأن نسبة ١٩٪ الباقية منها : ٨٤٪ يتعاطون بشكل غير منتظم ، ١٦٪ بشكل منتظم ، وأن نسبة الطالبات لاتشكل سوى ٤٪ فقط من بين مجموع الطلبه والطالبات المدمنين بنسبة طالبة الى ٢٢ طالبا متعاطيا (الأهرام : ٢٥ اكتوبر ١٩٩٦،٨)...

وهكذا:

فانه نتيجة لاستفحال المشكلة وما شهدته الدراسات النفسية وعلم النفس الاكلينيكى على وجه الخصوص من تقدم ملحوظ أصبح علم النفس الاكلينيكى وهو وسيلتنا الى حل وعلاج المشكلات والاضطرابات النفسية التى تفشت فى مجتمعات العصر الحديث .. فلقد اتضح من نتائج علم الباثولوجى Pathology (علم الأمراض) أن كثيرا من المرضى لايستجيبون للعلاج الجسمى (البيوكيمائى)، وأن هذه الحالات تتحسن عندما تتعدل ظروف المريض النفسية والاجتماعية ، وكشفت البحوث النفسية والطبية معا فى دراستها للسلوك المضطرب أن كثيرا من الأعراض الجسمية لها أساس عضوى واضح ، وأن العوامل النفسية تلعب دورا رئيسيا فى نشأة وتطور هذه الأعراض ، ولذلك : أصبح من الضرورى للأطباء

الذين يتعاملون مع الأعراض الجسمية أن يلموا بالجوانب النفسية للمريض وبذلك سقطت النظرية الثنائية التى تفصل بين الجسم والنفس ، فكلاهما يؤثر فى الآخر ويتأثر به (كفافى : ١٩٩٠، ١١)

ولذلك : فقد أوصت منظمة الصحة العالمية فى اطار البرامج الوقائية لصحة المجتمع بما يلى:

١ - ضرورة الاهتمام بالوقاية مع تركيز الاهتمام على الطب العقلى الوقائى والعلاجى للطفولة.

٢ - أن تولى هيئات الصحة العامة اهتمامها للصحة العقلية واعداد الأخصائيين للعمل فى هذا الميدان.

٣ - تطويع الطرق التى ثبت نجاحها فى الدول المتقدمة لاستخدامها فى الدول الأخرى.

٤ - انشاء قسم للوقاية من الأمراض النفسية فى وزارات الصحة فى البلاد المختلفة

٥ - ارساء قواعد التسهيلات العلاجية للضعف العقلى فى كل البلاد.

٦ - انشاء مراكز للصحة العقلية فى كل دولة للدراسات العليا فى هذا الميدان.

٧ - اعادة النظر فى برامج تدريب الأطباء حتى تتضمن معرفة خصائص النمو النفسى السوى ومصدر الاضطرابات.

٨ - الاهتمام برفع مستوى التمريض واعداد المتخصصات فى التمريض النفسى.

٩ - اهتمام الحكومات بالمطبوعات والمنشورات والتكنيكات والبحوث العلمية والاحصاءات فى مجال الاضطرابات العقلية والنفسية.

١٠ ـ الاهتمام بتعليم الجمهور وتوعيته بـالأمراض النفسية وتغيير اتجاهاته نحو المصابين بها.

١١ ـ الاهتمام بجمع المعلومات والخدمات الارشادية الى جانب الاهتمام بالبحوث العلمية (جلال : ١٩٧٠، ١١٢-١١٣)

وهذه الاهتمامات تدخل ـ في معظمها ـ ضمن اهتمامات علم النفس الاكلينيكي ، وتصبح مهمة الأخصائي الاكلينيكي هي البحث عن العوامل التي تؤدي الى عدم الاتزان النفسي ، والعمل على تخفيف حدة تأثير هذه العوامل في الحياة الاجتماعية، والعمل على تجنيب أفراد المجتمع كل ما يعصف بحياتهم وطمأنينتهم النفسية ومن هنا تبرز الأهمية الكبرى لهذا الفرع من فروع علم النفس .

الفصل الثالث

الأخصائى النفسى الاكلينيكى

مَنْ الأخصائى النفسى الاكلينيكى :

الأخصائى النفسى الأكلينيكى : هو ذلك الشخص المتخصص الذى يستخدم الأسس والتكنيكات والطرق والاجراءات السيكولوجية ، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين فى الفريق الاكلينيكى مثل : الطبيب ، والطبيب النفسى، والأخصائى الاجتماعى، والممرضة النفسية - كل فى حدود اعداده وتدريبه وامكاناته - فى تفاعل ايجابى ، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل (المريض) وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج، ثم العمل على الوصول به الى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصى والاجتماعى (مليكة: ١٩٨٠، ١٢).

ومن أجل ذلك ـ فلابد أن يتمتع الأخصائى النفسى الاكلينيكى بخصائص شخصية معينة، أهمها:

١ ـ الاهتمام بالناس والرغبة فى معاونة الآخرين ومساعدتهم فى حل مشكلاتهم.

٢ ـ القدرة على اقامة علاقات فعالة مع الآخرين.

٣ ـ أن يتمتع بقدر عال من الضبط الانفعالى : الذى يشكل مطلبا ضروريا يجب توافره على مستوى الممارسة ، لأن ردود فعل الفرد تتأثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارس الاكلينيكى وانفعالاته.

٤ ـ أن يكون مخلصا أمينا فى ممارسته وفى مساعدته للفرد ، مستخدما كافة مهاراته ومعلوماته من أجل وقاية مريضه وشفائه.

٥ ـ الاحساس بالمسئولية المهنية ، والالتزام بمعايير المهنة فنيا وأخلاقيا.

٦ ـ الاهتمام بعلم النفس عامة، والاهتمام بالجوانب الاكلينيكية فى علم النفس على وجه الخصوص (عباس : ١٩٨٣، ٤٧-٤٨)

كذلك فان العمل فى الممارسة الاكلينيكية يتطلب من الأخصائى النفسى الاكلينيكى:

١ ـ أن يتمتع بكفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة فى المواقف الغامضة: خاصة وأن ميدان الممارسة يتضمن مشكلات يومية تحتاج لاتخاذ القرارات ، فقد يجد الأخصائى الاكلينيكى المدرب نفسه فى مواجهة مواقف خرقاء وعاجزة عن المساهمة فى الميدان اذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس والكفاءة والمبادرة والقدرة على اتخاذ القرارات العلمية السليمة وان افتقدت البحث.

٢ـ القدرة على تطوير علاقات انسانية مهنية دافئة بمرضاه وجمهوره، يتمتع بالتعاطف Empathy وفهم مشكلة المريض والاحساس بها كما يعيشها ذاته ـ وهو يختلف عن العطف أو الشفقة Sympathy ـ ويدخل فى ذلك: المشاركة ، والاصغاء ، وتشجيع المريض على الحديث وتقبله باهتمام دون نقد، وفهم المريض فى اطاره الاجتماعى والظروف البيئية المحيطة به حتى يستطيع تقديم خدمات علاجية مرتبطة بظروفه ، ويستطيع تشخيص حالته تشخيصا واقعيا .

٣ ـ احترام الذات وفهمها : فالأخصائى النفسى الاكلينيكى المؤثر هو الذى يستطيع أن يحقق التوازن بين ذاته وحاجاته من ناحية ، وطبيعة عمله الصعبة من ناحية أخرى ـ خاصة وأنه يتعامل مع حالات مرضية ومشكلات نفسية طيلة الوقت ، وأن يحقق الرضا الانفعالى النفسى بعيدا عن مشكلات عمله (ابراهيم : ١٩٨٨، ٣٢-٣٥)

اعداد الأخصائى الاكلينيكى:

اذا كان على المتخصص فى علم النفس الاكلينيكى أن يضطلع بمهمة الادلاء برأى فنى فى مشكلات السلوك والتوافق الانسانى المعقدة وهى مهمة بالغة الخطر والمسئولية - فمن المحتم أن يكون اعداده بحيث يلائم تحقيق ذلك الهدف ، والا كان خليقا بأن يصيب نفسه وعميله ومهنته بأضرار لاحصر لها .. وبعبارة أخرى : من المحتم أن يكون اعداد المتخصص فى علم النفس الاكلينيكى - وبخاصة اذا كان يعمل " كمزاول عام" أو كاستشارى - على نحو يتضمن تزويده بعدة طرق ومناهج لتحليل طائفة منوعة كبيرة من انحرافات السلوك وأن يرتبط اعداد وتدريب الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين - بطبيعة الحال - بالوظائف التى يؤدونها ، كما يرتبط بالعدد المطلوب منهم فى مجال الصحة النفسية، ومن ثم يحتاج الأخصائى الاكلينيكى الى اعداد مكثف فى الجانبين النظرى والتطبيقى:

الاعداد النظرى :

ويتطلب احاطته بكافة فروع علم النفس - وخاصة :

- علم نفس النمو لأهميته فى خصائص المراحل النمائية المختلفة.
- علم النفس الاجتماعى : لأن عمل الاخصائى الاكلينيكى سيكون دائما فى نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين.
- علم الاحصاء والقياس والاختبارات : لأنهما شريان العمل التشخيصى.
- علم النفس الفسيولوجى وعلم الأعصاب : لما لهما من تأثيرات مباشرة فى فهم الأعراض المرضية.
- ثم علم النفس التجريبى ، وسيكولوجية التعلم ، ومناهج البحث ، ونظريات الشخصية ، وعلم الأمراض النفسية والعقلية ، وعلم الوراثة ، وعلم النفس الصناعى والمهنى ، وسيكولوجية المعوقين والفئات الخاصة ، وأساليب العلاج النفسى.

- الاعداد التطبيقى:

ويتضمن التدريب الميدانى تحت اشراف أطباء متخصصين ، حيث يتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادى المؤلف عادة من الاخصائى الاكلينيكى، والطبيب ، والطبيب النفسى ، والممرضة النفسية ، والأخصائى الاجتماعى، والمرشد المهنى ، وكل من يساهم فى عمليات التشخيص والعلاج.

وبالرغم من أن بعض الجامعات الأمريكية تؤكد فى تدريبها للأخصائى النفسى الاكلينيكى على الممارسة الاكلينيكية وتقديم الخدمات ، وتقلل من شأن البحث العلمى ، فان هناك اتجاها قويا يرى أن الممارسة الاكلينيكية دون أن تسندها نتائج البحوث العلمية التجريبية قد تفتقد الى الكثير من الفاعلية وقد تكون مصدرا للضرر.

وقد واجهت الجامعات الأمريكية التعارض بين هذين التيارين : التيار الذى يرى تركيز التدريب على الممارسة الاكلينيكية ، والتيار الذى يرى تشجيع التدريب على البحث ومهارات المنهج - واجهته بأن ابتكرت نظاما آخر للدكتوراه فى علم النفس يركز على تدريب الطالب على الممارسة فى مجالات التشخيص والعلاج فى المؤسسات الاكلينيكية المختلفة وتطلق على هذا النوع من الدكتوراه دكتور فى علم النفس Psy D. وهو يختلف عن دكتوراه الفلسفة Ph D. التقليدية التى يركز الطالب فيها على البحث العلمى والأكاديمى (ابراهيم : ١٩٨٨، ٢٧)

ولقد انتهت مجموعة عمل من خبراء هيئة الصحة العالمية فى اجتماعها ببولندا فى شهر مايو ١٩٧٣ الى أن أسلوب التدريب والاعداد داخل نطاق العمل In Service training لم يعد يمثل الاعداد الملائم، وأن الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين فى مختلف البلاد ينبغى أن يتلقوا تدريبا مهنيا سليما يمكن أن يقدم فى شكل مقررات دراسية عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى فى علم النفس، على أن يكون برنامج هذه الدرجة مرنا وانتقائيا، وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسا على المعرفة

النظرية ، وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الـذى يعمل فيـه الأخصـائى والمرحلة التى بلغها المجتمع فى التنمية.

وفيما يختص **بالمكان الذى يقدم فيه التدريب** ـ تـرى مجموعـة العمـل أنـه ينبغى أن يقدم فى الجامعة ، أما فريق تحصيل الخبرة العملية للدارسين (بما تشـتمل عليه من صور للانضمام الى فريق عمل يضم مهنيين آخرين)، فينبغى أن يقدم فـى المستشفيات والمؤسسات الاجتماعية الأخرى .. وترى مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية أنه ينبغى أن يعلن الدارسون على فهم ومعالجة قلقهم الشخصى والصعوبات التـى يواجهونهـا فـى اقامـة علاقـة علاجيـة مـع المرضـــى .. وأن يكـون المنهـاج المتخصص فى علم النفس الاكلينيكى معادلا بصورة ما للمفردات الدراسية التـى تؤهل للحصول على درجة الماجستير والتى تتطلب تدريبا بعد التخرج يتراوح بين عام واحد وعـامين ، كمـا ينبغـى عقد دورات دراسية لتجديـد المعلومـات المتصلـة بالمجال ، وأن تتخذ التدابير اللازمـة لاعـادة التدريـب بصـورة دوريـة (درويـش : ١٩٨٥، ٦٠-٦١)

دور الأخصائى النفسى الاكلينيكى:

يشير شاركو Sharkow الى أن هناك اتفاقا نسبيا بين العلمـاء حـول الـدور الـذى يضطلـع بـه السـيكولوجى الاكلينيكـى والـذى يجمـع بيـن دوره بوصفـه عالمـا ودوره بوصفه ممارسا للمهنة وهو يحـدد مجـالات اهتمامـات الأخصـائى النفسـى الاكلينيكى فيما يلى:

أولا : جانب البحث العلمى:

فجـانب البحـث العلمـى يمثـل أحـد الأدوار التـى يضطلـــع بهـا السـيكولوجى الاكلينيكـى، وتكـون البحـوث التـى يهتـم بهـا مرتبطـة ارتباطـا وثيقـا بالمشـكلات التطبيقية ، بما يؤدى فى النهايـة الـى فهـم أفضـل للمشـكلات الاكلينيكيـة ، مرتكـزة حـول الاتجـاه الدينـاميكى فـى دراسـة الشـخصية ـ وهـذا يتطلـب مـن السـيكولوجى الاكلينيكى بصيرة كافية بالطب النفسى والتحليل النفسى ـ وهـو فـى دراسـته لتنظيم

الشخصية عليه أن يتخذ من دراسته حول مناهج علم النفس وحلقات البحث فى مشكلات الممارسة الاكلينيكية وسيلة يستعين بها للوصل الى أعماق النفس البشرية والوقوف على العوامل المؤدية الى السلوك السوى أو المنحرف ، وتقرير مدى التحسن فى الشخصية والتغير فيها فى ظل ظروف علاجية مختلفة (فهمى: ١٩٦٧، ٤١-٤٢)

ويحدد مكاى Mackay (١٩٧٥) خمسة أنماط عريضة من البحوث ذات الطابع الاكلينيكى هى :

أ - اجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول الى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية الخاصة بالاضطرابات النفسية والعقلية.

ب - التحقق من الفروض التى توضع عن طبيعة الاضطراب النفسى فى مختلف الجماعات والفئات المرضية.

جـ - التفحص والتدقيق العلمى فى دراسة أسباب الاضطرابات النفسية.

د - الكشف عن العلامات التى تمكن من الحكم على امكانية شفاء مريض معين (Mackay, 1975)

وهكذا : يهتم السيكولوجيون الاكلينيكيون ببناء نظرية جديدة وأكثر ملاءمة عن الطبيعة الانسانية ، والتحقق من هذه النظرية الجديدة .. وعلى الرغم من أن البحث لايستوعب نشاط جميع السيكولوجيين الاكلينيكيين، الا أنه يميز هذه المجموعة أكثر من غيرها من المجموعات التى تعمل فى ميدان الصحة النفسية (روتر : ١٩٨٤، ٢٦)

ثانيا : الجانب التطبيقى العملى:

يتلخص دور الأخصائى النفسى الاكلينيكى فى الممارسة الاكلينيكية فى أربعة عمليات أساسية - هى :

أ - **التشخيص Diagnosis** : فتشخيص الحالة عملية يستخدم فيها الأخصائى الاكلينيكى مختلف أدوات القياس وسائل الاختبارات المقننة الملائمة لأغراضه،

الى جانب الاختبارات الاسقاطية والملاحظات ، والمقابلات الشخصية، ودراسة الحالة ... وغيرها من وسائل الدراسة الشمولية للشخصية : للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها واهتماماتها وميولها وقيمها ، أو ما قد تعانى منه من أعراض نفسية مرضية واضطرابات فى السلوك .. وفى هذه العملية يتركز الاهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الاضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره (عباس : ١٩٨٣، ٤٧)، والعوامل المسببة ، الى جانب التعرف على مصدر الاضطراب ان كان عضويا أو وظيفيا ، ومسار هذا الاضطراب مستقبلا ، والمناهج العلاجية التى تصلح لهذا المريض .. ولهذا يفضل العلماء أن يستبدل مفهوم التشخيص بمفهوم التقييم النفسى للحالة بالمعنى العريض (ابراهيم : ١٩٨٨، ٢٦)

ب - العلاج : Therapy لم تصبح هذه الوظيفة جزءا من عمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى الا بعد الحرب العالمية الثانية حيث بدأ الطلب يشتد على النشاطات ذات الطابع النفسى الاكلينيكى لمواجهة الاحتياجات النفسية الشديدة للمجندين والمصابين بعصاب الحرب.

ويتضمن العلاج النفسى معالجة المرضى النفسيين وجها لوجه لفترة من الزمن وتوجيه التوصيات للآباء أو المعلمين أو للمرضى أنفسهم مباشرة ، والقيام باحداث تغييرات فى الظروف المحيطة بالأفراد المودعين فى المؤسسات ، أو التوجيه باحداث هذه التغييرات وبعبارة أخرى : تتضمن هذه الطرق آية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد (روتر: ١٩٨٤، ٢٦).. ومن ثم يستخدم الأخصائى النفسى الاكلينيكى أنسب أساليب العلاج النفسى Psychotherapy مثل : العلاج بالتحليل النفسىPsychoanalysis ، أو العلاج النفسى الموجه ، أو العلاج غير الموجه (الاستبصار)، أو العلاج السلوكى Behavior therapy ، أو العلاج المعرفى Conitive therapy أو العقلانى الانفعالى Rational emotional therapy، أو العلاج البيئى Milieu therapy ، أو العلاج باللعب ، أو بالعمل ، أو

بالسيكودراما .. ويتم العلاج اما فرديا أو علاجا جماعيا... Group therapy الخ ، ويلاحظ أن هناك تحولا من المنحى البيولوجى Biological approach إلى المنحى الاجتماعى النفسى. Sociopsychological approach

هذا - ويتوقف استخدام الأخصائى النفسى الاكلينيكى لأساليب العلاج على مناهج اعداده وتدريبه العملى واتجاهه العملى – حيث أن التدريب على العلاج النفسى يبدأ بمناهج نظرية وخبرات عملية داخل العمل ، وتتدرج الى فترات التدريب المتعمق داخل المؤسسات، والمدارس ، والسجون ، وعيادات التوجيه والارشاد النفسى، ومؤسسات التخلف العقلى وضعاف العقول، ومعاهد المكفوفين والصم والمعوقين جسميا، ومستشفيات الأمراض النفسية والعقلية تحت اشراف هيئة من الأكاديميين والمهنيين الممارسين (عباس : ١٩٨٣، ٤٧)

جـ - **الاستشارة وتقديم النصح** : تعتبر وظيفة المستشار النفسى الاكلينيكى من الوظائف الحديثة التى أخذت فى التطور .. ويميز الباحثون بين نوعين من الاستشارة:

- الاستشارة الاكلينيكية التى يكون هدفها اعطاء النصح وتقديم المشورة فيما يختص بالجوانب الاكلينيكية للحالة .. وقد تشمل هذه الوظيفة ان يقوم الأخصائى نفسه باجراء عمليات التشخيص والعلاج أو يقتصر على اعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريبا اكلينيكيا بخصوص المناهج العلاجية التى تصلح للمريض وأساليب معالجة المشاكل الطارئة فى حياة المريض.

- الاستشارة التى تتم بهدف انشاء البرامج الاكلينيكية ، العاملة وتقييمها: وفى هذه الحالات لاتكون وظيفة الأخصائى النفسى محصورة فى الحالات الفردية فقد يطلب مدير المستشفى مثلا مشورة الأخصائى النفسى الاكلينيكى فيما يختص بتقديره للمناهج الملائمة لادارة العنابر العلاجية وتدريب الممرضين والعاملين على ضبط سلوك المرضى ، وقد يطلب مدير مدرسة مشورة الاكلينيكى المختص فى تقييم الأساليب الدراسية التى يستخدمها المدرسون مع الطلاب للوصول الى أنجح

البرامج التى تضمن الكفاءة فى العمـل والتعليـم ـ وفـى مثـل هـاتين الحـالتين يكـون المستشـار النفسـى مهتمـا بقضايـا اكلينيكيـة أعـم مـن الحـالات الفرديـة (ابراهيـم : ١٩٨٨، ٢٨)

بالاضافة لذلك : يقدم الأخصـائيون الاكلينيكيون استشاراتهم للآباء ، ومديـرى الأعمـال ، وجمعيـات الآبـاء فـى المـدارس، والقـادة الدينيين ، ورجـال الأعمـــال، والمسئولين فى المدن، كما أنهم يقدمون استشاراتهم فيمـا يتعلـق بعمليـة التوظيـف ، وفى النواحى الاقتصادية ، ويقومون بأوجه النشاط اللازمـة والمتاحـة فـى المنـاطق المصابة بالكساد أوالأزمات (روتر : ١٩٨٤، ٢٨)

ويضـاف الـى الـدور الاستشـارى أيضـا قيـام الاخصـائى النفسـى الاكلينيكـى بدور الموجه الطبى medical educator فى المجتمع . وتتجسد أبعاد هذا الدور فـى ضـرورة تناولـه لمجموعـة المشـكلات الصحيـة ذات الخلفيـة السـيكولوجية كتعـاطى المخدرات drug abuse والأمراض التناسلية ، والجنـاح delinquency والتخلـف العقلى mental retardation ، وعليـه أن يبتكـر الأسـاليب الملائمـة للرعايـة التـى تقتضى الاقامة داخل المؤسسات ، وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتبنى نحوهم اتجاها يتسم بمزيد من التسامح والمرونة (درويش : ١٩٨٥، ٥٦).

د ـ العمل الوقائى : Prevention work أكـدت مجموعـة العمـل الخاصـة بمنظمـة الصحـة العالميـة بـأن الأخصـائى النفسـى الاكلينيكـى يمكـن أن يلعـب دورا فعالا فى العمل الوقائى من الاضطرابات النفسية ـ وذلك على النحو التالى:

- الوقاية فى المسـتوى الأول Primary prevention : حيـث يكـون عليـه عبء القيام بمهمة صعبة هى تحسين نوعية الحيـاة بتعديـل الظـروف فـى المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التى تصبح معها الاصابـات الاجتماعيـة والنفسية أقل ما تكون.
- الوقاية من الدرجة الثانية Secondary Prevention : حيـث تشـمل مهمـة الأخصـائى النفسـى الاكلينيكـى اكتشـاف المجموعـات البشـرية المعرضـــة

للمرض النفسي، والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين الى العون ، وهذه مهمة ينبغى أن ينهض بها الأخصائى النفسى الاكلينيكى نحوهم قبل أن تؤدى بهم الضغوط التى يتعرضون لها الى مرض خطير.

- الوقاية من الدرجة الثالثة : tertiary Pervention : ويكون الهدف منها هو توقى الانتكاس والحيلولة دون ازمان Chronocity المرض، وتقليل دواعى البقاء بالمستشفى لوقت طويل (درويش: ١٩٨٥، ٥٥)

مجالات عمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى:

لايقتصر العمل الاكلينيكى على مساعدة المرضى داخل العيادات والمستشفيات فقط ، وانما يمتد بالتشخيص والعلاج والتوجيه والارشاد الى المؤسسات التربوية والمهنية والاصلاحية ، والى ميادين العمل وميادين الخدمات الاجتماعية .. وهناك اتجاه جديد فى الوقت الحاضر - هو أن تنتقل مجالات الطب النفسى والممارسة الاكلينيكية من المستشفى الى المجتمع ، أى أن مكان أخصائى علم النفس الاكلينيكى هو العمل الخاص اليومى أو العيادات فى المجتمع (هوفمان: ١٩٧٢، ١٢٢).. ويمكن أن نحدد مجالات العمل الاكلينيكى فى الآتى:

١- العمل فى العيادات أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية: ومنها العيادات النفسية الخارجية ، والعيادات المدرسية ، والعيادات العسكرية... وتكون مهمة الأخصائى الاكلينيكى هنا هى القيام بتشخيص الاضطراب النفسى أو العقلى ، وعلاج هذه الحالات بالتعاون مع المختص فى هذا المجال كالطبيب النفسى والمحلل النفسى.

٢ - العمل فى مجالات التوجيه النفسى والتربوى والمهنى فى المدارس والجامعات: ويرجع هذا المجال الى التطور المتواصل الذى أحرزه علم النفس الاكلينيكى فى تصميم الاختبارات النفسية للذكاء والقدرات والتحصيل والميول ...الخ مما دفع الأخصائى النفسى الاكلينيكى الى الاهتمام بتوجيه الأفراد للاختيار المناسب: دراسيا أو مهنيا بما يلائم امكانياتهم وقدراتهم على ضوء ما تكشف عنه

نتائج الاختبارات والمقاييس .. فالأخصائى الاكلينيكى يؤدى هنا عمليتى التشخيص والتوجيه أو الارشاد.

٣ـ العمل فى المؤسسات الاصلاحية : كالسجون ، ومؤسسات الأحداث الجانحين، ومؤسسات علاج الادمان على الكحول والخمور والمخدرات .. فقد أصبحت هذه المؤسسات تعتمد اعتمادا كبيرا على الأخصائى الاكلينيكى فى دراسة الحالات واجراء المقابلات معهم لمعرفة دوافعهم ، فهم مشكلاتهم ، وأنواع الصراعات التى يعانون منها ، ويقوم الأخصائى بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات ، مع تقديم الاقتراحات والتوصيات التى تساعد فى توجيه هذه الفئات الجانحة والعمل على توافقهم الشخصى والاجتماعى مع مواقف الحياة الواقعية.

٤ـ العمل فى مجالات العمل والعمال : فدور الأخصائى الاكلينيكى فى ميادين العمل هام جدا ـ فقد أصبحت مجالات الصناعة والانتاج تستعين بالأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين للقيام بشئون التوجيه والارشاد النفسى للعمال والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل وطاقة أكبر على العمل والانتاج ، حيث يقوم الأخصائى النفسى بدراسة الظروف المادية داخل مكان العمل نفسه ومالها من آثار نفسية عى العامل وعلى انتاجية العمل ، كما يكشف أيضا عن الدوافع النفسية للعمل وتأثيرها عليهم من حيث التعب والملل والارهاق وتعرضهم لحوادث العمل ، وزيادة نسبة التغيب والمرض أو التمارض ولهذا يقدم الأخصائى الاقتراحات المناسبة لتلك الظواهر من أجل حلها ، مع اعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية معنوية للعمل.

٥ـ العمل فى مراكز البحوث : أى التأكيد على قضايا البحث والمعرفة، والاطلاع على أهم مناهج الدراسات الانسانية : التربوية والاجتماعية والسيكولوجية، لان أعمال الأخصائى الاكلينيكى هى دائما على اتصال مستمر ومتفاعل مع الآخرين ـ وبخاصة فى ضوء التطورات العلمية الحديثه فى علم النفس الاكلينيكى وتطور برامج الصحة النفسية (عيسوى : ١٩٨٠، ٢٥-٢٦)

وهكذا نجد أن مجالات عمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى فى جميع الحالات تنحصر فى تشخيص اضطرابات الأفراد النفسية والعقلية، ويقوم بوضع خطة العلاج.. والحقيقة أن اتساع العمل للأخصائى النفسى الاكلينيكى جاء مصاحبا لاتساع دوره بحيث أصبح لايقتصر على المشكلات العقلية والاضطرابات ، ولكن امتد ليشمل أى ميدان يوجد فيه اهتمام بالامكانيات البشرية من أجل دفعها الى الأمام والى مزيد من الصحة والفاعلية والانتاج.

أخلاقيات العمل الاكلينيكى

لكل مهنة أخلاقيات ومواثيق تحكم العمل وشروطه لابد أن يلتزم بها جميع الممارسين لأنشطتها.. ولقد أسفر العمل المشترك لكل من الجمعية المصرية للدراسات النفسية ورابطة الأخصائيين النفسيين المصرية على صدور الميثاق الأخلاقى للمشتغلين بعلم النفس فى مصر فى عام ١٩٩٥ ـ والذى تضمن ثمان جوانب أساسية هى :

أولا : المبادئ العامة:

وتركز على ضرورة :

١ ـ التزام الأخصائى النفسى بمظهره العام ، والسلوك الحميد والآداب العامة.

٢ ـ الالتزام بصالح العميل وعدم الاضراره به.

٣ ـ الالتزام بمراعاة الصالح العام والشرائع السماوية والدستور والقانون.

٤ ـ التحرر من كل أشكال التعصب.

٥ ـ احترام حقوق الآخرين وحريتهم فى اعتناق مايرونه من قيم واتجاهات.

٦ ـ العلاقة الموضوعية مع العميل التى تقوم على الصدق، وعدم الخداع أو الاستفادة المادية أو المعنوية الا فى حدود الأجر المتفق عليه والذى يكون معقولا بعيدا عن الاستغلال والابتزاز.

٧ ـ ألا يقيم الاخصائى علاقة شخصية مع العميل يشوبها الاستغلال الجنسى أو المادى أو النفعى.

٨ ـ مصارحة العميل بحدود امكاناته دون مبالغة أو خداع.

٩ ـ ألا يستخدم أدوات أو طرق أو فنيات لايجيدها أو لايطمئن لصلاحيتها.

١٠ـ ألا يستخدم أجهزة تسجيل الا بعد استئذان العميل وموافقته.

١١ ـ اعتبار أسرار العميل وبياناته الشخصية أمانه لايطلع عليها الا من تقتضى مصلحة المريض الاطلاع عليها من أعضاء الفريق الاكلينيكى أو الآباء أو الرؤساء.

١٢ ـ اذا كلف الأخصائى أحد مساعديه للتعامل مع العميل فيكون هو المسئول مسئولية كاملة عن العميل وعن المساعدين.

١٣ ـ أن يوثق الأخصائى عمله بدقة تمكن أى أخصائى آخر استكماله عند الضرورة.

١٤ ـ عدم الافصاح عن أسماء أو أوصاف الحالات التى يبحثها أو يعالجها منعا للحرج أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

١٥ ـ عندما يقوم الأخصائى النفسى بعمليات التقويم أو التشخيص أو التدخل العلاجى عليه أن يعتمد على أدلة تدعم صحتها كالمقاييس والمقابلات، وألا يقدم نتائج تقاريره الا للجهات المعنية بالعلاج وعدا ذلك لابد أن يكون بأمر قضائى صريح.

١٦ ـ أن تكون تصرفات الأخصائى النفسى فى الاتجاه الذى يرفع من قيمة المهنة واحترام المجتمع وتقديره لها.

ثانيا : القياس النفسى:

١ ـ أن يقتصر اعداد واستخدام الاختبارات النفسية على الأخصائى النفسى فقط ويحظر تداولها أو بيعها لغير الجهات المعنية.

٢ - يقتصر اعداد الاختبارات النفسية على الحاصلين على درجة الماجستير على الأقل أو من لاتقل خبرتــه فـى ميدان القياس النفسـى عن عشر سنوات على الأقل.

٣ ـ لاتنشر المقاييس الا مصحوبــة بكراســة التعليمــات التــى تتضمــن تعليماتــه ومعاييره.

٤ - يحظر نشر أسماء المفحوصين أو استجاباتهم بصورة مباشرة.

٥ - الحرص على جودة طباعة الاختبارات النفسية عند نشرها.

٦ - يحظر نشر آية فقرات أو أجزاء من الاختبارات باستثناء المواقف الأكاديمية أو التدريبية.

٧ ـ يجب أن يحرص الأخصائى النفسى على مراجعة الاختبار الذى يستخدمه ويتدرب عليه ويجربه بطريقة استطلاعيه قبل تطبيقه بغرض علمى أو عملى.

٨ - ضرورة موافقة العميل أو ولى أمره على تطبيق الاختبارات عليه دون ضغط أو اجبار.

٩ - يحتمل الأخصائى النفسى المسئولية الاولى عن حسن تطبيق وتفسير أدوات القياس ويتحمل مسئولية ما جاء بتقريره.

١٠- يتحمل الأخصائى النفسى أمانة ابلاغ العميل عند طلبه بنتائج ماطبق عليه من اختبارات فى حدود عدم الاضرار بصحته النفسية أو تقديره لذاته.

١١ ـ لايجوز تطبيق الاختبارات النفسية أو أن يصححها الا المتخصص الذى حصل على تدريب كاف .

ثالثا : أخلاقيات البحوث والتجارب:

١ـ أن يبتعد الأخصائى النفسى عن توجيه أهداف البحث لأغراض خاصة أو للدعاية .. وأن يتوقف عن الدراسة اذا ظهر احتمال وقوع أضرار نفسية أو اجتماعية أو جسمية بسببها.

٢ ـ أن يحرص الأخصائى النفسى على أخذ موافقه المبحوثين وأن يحرص على عدم استخدام سلطاته أو نفوذه أو الضغط عليهم للاستمرار فى الدراسة ولايلجأ الى خداعهم إلا اذا كان لذلك فائدة علمية أو تطبيقية أو تربوية وأن يتولى الشرح الكامل للاجراءات بعد انتهاء الغرض من الخداع.

٣ ـ يحرص الأخصائى النفسى عند التجريب على الحيوان على تقليل الألم أو العذاب الذى قد يتعرض له الى أقل درجة ممكنة.

٤ ـ أن يوجه الأخصائى النفسى الشكر للمحبوثين فى تقريره النهائى.

٥ ـ الحرص على توثيق معلومات البحث ، والاشارة الى المؤلفات السيكولوجية بدقة وألا يحجب الأخصائى النفسى البيانات الأصلية للدراسة عن أى باحث يطلبها لاعادة تحليلها أو اجراء تحليل تال عليها.

رابعا : أخلاقيات التشخيص والعلاج :

١ ـ أن يتقبل الأخصائى النفسى الاكلينيكى العميل كما هو دون ابداء نقد أو تعنيف أو انفعال أو انزعاج أو استنكار لما يصدر منه.

٢ ـ قبل العلاج : يجب أن يناقش الأخصائى النفسى العميل فى طبيعة البرنامج العلاجى والأجر، وطريقة الدفع ـ مع اخباره بحدود امكانيات العمل الاكلينيكى الذى يمارسه من تشخيص أو ارشاد أو علاج دون مبالغة..

٣ ـ يحصل الأخصائى النفسى المشارك فى العلاج على اخطار كتابى بموافقة العميل على كافة الاجراءات العلاجية والمقابل المادى.

٤ ـ أن يتأكد الأخصائى النفسى من خلو العميل من أى مرض جسمى او ذهان عضوى قبل قبوله للعلاج وفى حالة الشك يجب الاستعانة بالاطباء والمتخصصين.

٥ ـ فى حالة العلاج الأسرى الجماعى على الأخصائى أن يحاول التوفيق بين العلاقات الأسرية بما يعيدها الى طبيعتها.

٦ - أن يحرص على انهاء العلاقة المهنية العلاجية مع العميل اذا تبين أنها حققت أهدافها أو اذا شعر أن استمرارها لن يفيد العميل، أو ينصحه بطلب العلاج من جهة أخرى مع تقديم كافة التسهيلات للجهة البديلة.

٧ - على الأخصائى النفسى الاكلينيكى أن يتعاون بأقصى ما يستطيع مع زملائه من التخصصات المختلفة فى فريق العلاج لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه من خدمة للعميل.

٨ - أن يقتصر تسجيل المعلومات عن المريض على الهدف العلاجى وفى حدوده فقط، ولايتجاوز ذلك الى معلومات لاتفيد عملية العلاج، وذلك للتقليل من انتهاك الخصوصية.

خامسا : أخلاقيات التدريس والتدريب :

١ - أن يبذل الأخصائى النفسى كل ما يستطيع لاعداد وتدريب المتخصصين الجدد، وأن يحرص على تحديث مادته التدريسية وفق أحدث النظريات والأساليب العلمية وأن تفى بأهداف المقرر المطلوب.

٢ - أن يتجنب الأخصائى النفسى القائم بالتدريب أو التدريس استخدام السلطة التى لديه على المتدربين أو الطلاب لممارسة سلوك ينتج عنه اهانتهم أو الحط عن قدرهم.

٣ - لايجوز تدريب أشخاص على استخدام أساليب تحتاج الى ترخيص كالتنويم المغناطيسى أو الطرق الاسقاطية أو الطرق السيكوفسيولوجية مالم يكن لدى المتدربين الاعداد والتأهيل الخاص بذلك.

٤ - يجب أن يترفع الأخصائى النفسى المشتغل بالتدريس عن التصرفات التى تسئ اليه أخلاقيا ، واحترام جدية المحاضرة وخصوصيتها، كما يترفع عن قبول أى مقابل مادى أو معنوى يقدمه الطلاب.

٥ ـ التزام الأخصائى النفسى بالاجابة عن أسئلة الطلاب واستفساراتهم داخل أو خارج المحاضرة، وعدم التعصب لكلية أو قسم ، وأن يحرص على ايجاد التكامل بين تخصصه والتخصصات الأكاديمية الأخرى وأن يلتزم فى تحكيم البحوث التى تعرض عليه بالمعايير الموضوعية واحترام سرية البحث.

سادسا : العمل فى المؤسسات الانتاجية والمهنية :

١ ـ أن يحرص الأخصائى النفسى فى وضع كل شخص فى المكان المناسب من حيث امكانياته واستعداداته ومؤهلاته وخبراته وسمات شخصيته مستعينا فى ذلك بأساليب الاختبار والتوجيه والتأهيل والتدريب المهنى.

٢ ـ أن يحرص على تدعيم ايجابيات المؤسسة والسعى لتحقيق صالحها والحفاظ على أسرارها.

سابعا : الاعلام والاعلان والشهادة :

١ ـ أن يحرص الأخصائى النفسى على تجنب الوقوع فى يد الغير كأداة لتبرئة المدان أو لادانة البرئ ، أو للحجز على السوى أو للايداع فى مصحات نفسية عندما يطلب رأيه فى ذلك سواء من السلطة أو القضاء.

٢ ـ أن يتحمل مسئولياته المهنية والأخلاقية فيما يتعلق بالبرامج الدعائية أو الاعلامية . وأن يقاوم ما ينشر أو يذاع من بيانات أو أفكار سيكولوجية غير دقيقة، ويحاول مع زملائه التعاون فى تصحيحها كما يحاول الابتعاد عن كل ما يثير الشبهات فيما يتعلق بالممارسات النفسية ـ وألا يشارك فى أحاديث أو مناقشات عامة الا فى حدود تخصصه وأبحاثه واهتماماته.

ثامنا : حول تطبيق الميثاق:

١ ـ يجب أن يكون الأخصائى النفسى ملما بهذا الميثاق الأخلاقى وأن ينشر بين جميع الأخصائيين.

٢ ـ فى حالة انتهاك الأخصائى النفسى أحد بنود هذا الميثاق فيجب لفت نظره بشكل ودى أو بصورة تضمن حثه على علاج الآثار السلبية لهذا الانتهاك ، أو ابلاغ لجنة المراقبة الأخلاقية فى الجمعية المصريه للدراسات النفسيه أو رابطة الأخصائيين النفسيين للتحقيق ، والتوجيه بأتخاذ الاجراءات المناسبة.

٣ ـ يجب أن تتم مراجعة بنود هذا الميثاق كلما دعت الضرورة لذلك.

الفصل الرابع

التشخيص الاكلينيكى

مفهوم التشخيص :

اشتقت كلمة تشخيص Diagnosis من أصل اغريقى يعنى الفهم الكامل Thorough .. Understanding وقد دخلت كلمة التشخيص الى الميدان الاكلينيكى من العلوم الطبية حين كان الاتجاه الطبى سائدا ـ وبقى مستخدما بعد ذلك رغم محاولات البعض استخدام مصطلحات جديدة منها التقويم والتقدير ـ ويقصد بها فحص الأعراض المرضيةSymptoms ، واستنتاج الأسباب ، وتجميع الملاحظات فى صورة متكاملة ، ثم نسبتها الى مرض معين (محدد) (ياسين:١٩٨٨،١٠٤). فالتشخيص من المنظور الطبى هو : "عملية فهم المريض ، وبيان العلاقة بين الأعراض فى زملة مرضية" ، ولهذا : فانه كثيرا ما يعنى التصنيف ـ أى تسمية الأعراض ووضعها ضمن فئة مرضية. والتسمية : هى مجموع الأسماء أو التشخصيات أو العناوين التى تطلق على الأفراد أو على مجموعات منهم للاشارة الى أنهم يشتركون فى خصائص هامة لها دلالتها بالنسبة لما يعانون من أمراض ـ وتتضمن التسمية تعريفا أو وصفا للمصطلح يشمل الأعراض وزملاتها وتجمعات هذه الاضطرابات (مليكة : ١٩٨٠، ٥١) . وبذلك : يصبح المقصود بالتشخيص فى الطب : معرفة كم وكيف المرض الذى يعانى منه المريض ، وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها فى فئة معينة ، ثم اطلاق اسم مرض معين على نوعية الأعراض.

والتشخيص فى الطب العقلى وفى علم النفس عملية مشابهة حيث يمكن استنتاج الأسباب ووضع اسم معين على كل مجموعة مترابطة من الأعراض كأن نقول فصام، أو تأخر عقلى، أو حالة حصر ـ ولكن لايوجد تحديد قاطع كما هو فى الطب ـ حيث توجد أسباب محددة للأمراض (كالدفتريا والجلطة الدموية) ـ لذلك

لابد وأن يسبق العلاج عدة تشخيصات ... وفى المجالات السيكولوجية فان عملية التشخيص تأخذ معان عدة .. ففى علم النفس الاكلينيكى اذا كان الهدف الأول هو مساعدة الفرد على تعديل سلوكه بحيث يصبح أكثر ارضاء له أو أحظى بقبول المجتمع فانه لتحقيق ذلك لابد من فهم مشكلته السلوكية فهما يلم بتفصيلاتها النوعية ، ويمكن من الوصول الى معرفة العوامل الهامة فى العملية (أى العوامل المسببة) التى أدت الى ذلك السلوك .. ومن ثم : فان بحث مالدى الفرد من مشكلات سلوكية، وما ينطوى عليه البحث من وصف غير مميز للسلوك ، وذكر للحقائق ذات الدلالة فى تاريخ خبراته وحياته ، وبيان لحالته البدنية والعقلية ، وغير ذلك من البيانات المناسبة لتؤلف كلها ميدان التشخيص النفسى (واطسن : ١٩٦٩، ٦٣٥) .. وتصبح عملية التشخيص " وصف مشكلات الشخص وحالته الحاضرة أو الأسباب المحتملة لمشكلاته أو الأساليب المحتملة فى الارشاد أو العلاج النفسى اللازمة لحل المشكلة أو التنبؤ بنتائجها ، والتنبؤ بسلوك المريض فى المستقبل ، كما يتضمن مسحا لمظاهر القوة فى العميل ..(العيسوى : ١٩٧٥، ٢٢٦).

كما يقصد بالتشخيص التقييم العلمى الشامل لحالة مرضية محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعيها (الكمى والكيفى) ، ويتم بوسائل متعددة منها : الاختبارات المقننة وغير المقننة ، والمقابلات، ودراسة الحالات ، والملاحظة ، والسجل المدرسى ، والظروف العائلية ، والسجل الطبى ، والتقييم العصبى - ويشير بدقة الى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة .. ويقوم التشخيص بتحديد مكان العلة وطبيعتها ونوعها وحجمها ودرجة حدتها دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية ، ويهيىء السبيل لتخطيط برنامج علاجى قابل للتطبيق وتنفيذه ومتابعته وتقويمه ويتضمن القيام بالتنبؤات المستقبلية وعمل الافتراضات المتوقعة (ياسين: ١٩٨٦، ١٠٤-١٠٥)

ويعرف زهران (١٩٨٠) التشخيص بأنه " تحديد المشكلة والتعرف على الاضطراب أو المرض وتعيينه وتسميته ، وهو يقوم على أساس نتائج عملية

الفحص وجمع المعلومات (زهران:١٩٨٠،٢٤١) ـ ويرى : بأن التشخيص هو الفن أو السبيل الذى يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض ، والتعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه" (زهران: ١٩٧٤،١٧٣).

أهداف التشخيص :

الأهداف العامة :

تتعدد الأهداف العامة للتشخيص الاكلينيكى وتتنوع فتشمل ما يلى :

١ ـ تحديد العوامل المسببة للاضطراب.

٢ ـ التمييز بين الاضطراب العضوى والوظيفى.

٣ ـ الكشف عن الاستجابة للاضطراب.

٤ ـ تقييم درجة العجز العضوى والوظيفى.

٥ ـ تقدير درجة الاضطراب فى مداها وعمقها.

٦ ـ التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.

٧ ـ تحديد الأساس العلمى لتصنيف البيانات وتحليلها.

٨ ـ التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.

٩ ـ تكوين فرض دينامى يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها.

١٠ ـ تحديد الأسس التى يبنى عليها اختيار منهج علاجى معين (مليكة: ١٩٨٠، ٤٨)

وعلى هذا:

فان عملية التشخيص تهدف الى تكوين صورة واضحة عن المفحوص موضوع الدراسة ، بقصد تقديم المساعدة أو الخدمة النفسية ، ووضع برنامج علاجى بشأن الحالة المشخصة ـ أى أن للتشخيص هدفين فرعيين :

هدف علمى :

عبارة عن تجميع كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة ، بحيث تتكامل هذه التشخيصات الجزئية ضمن النظرة الكلية العامة (الطيب:١٩٨٠،٣٧). أى معرفة العمليات المرضية ونوع الاضطراب العضوى أو الوظيفى ـ إذ أن الأعراض تشير دائما الى خلل فى التكوين النفسى أو الجسمى للفرد (زهران: ١٩٧٤، ١٧٣)

هدف عملى :

هدف التشخيص من الناحية العملية تقديم فرض للعمل (علاج أو نصائح ...الخ)، حيث يزود السيكولوجى بقاعدة للعلاج أو الارشاد (الطيب : ١٩٨٠، ٣٧)، أو الحصول على أساس لتحديد اجراءات وطرق العلاج أو الارشاد التى تناسب المشكلة أو الاضطراب وشخصية العميل (المريض) ، وهو بهذا يوفر الوقت والجهد ، ويساعد فى تركيز الاهتمام على المشكلة بعد تحديدها (زهران: ١٩٨٠، ٢٤١)

وبذلك : فان التشخيص ليس مجرد تقدير درجات للاختبار ، أو تحديد درجة لقدرة من قدرات الفرد ، بل أنه الفهم النفسى العميق لامكانات الفرد وتوافقه السلوكى، ويناقش الاخصائى النفسى فيه طبيعة المرض، وبناء الطابع الخلقى للمريض، ومدى قوة أو ضعف ميكانيزمات الأنا ، وأنماطه الخاصة فى التوافق، والتنبؤ بالمسار المحتمل للمرض وامكانية العلاج ... الخ وهو يعتمد على الرؤية الصحيحة لدرجات السمات النفسية التى توضع فى الصفحة النفسية للمريض (البروفيل) Profil.

أهمية التشخيص الاكلينيكى:

ترجع أهمية التشخيص الاكلينيكى الى أنه :

- عن طريق التشخيص يمكن تحديد نوع مشكلة الفرد واضطرابه ، ومدى أهميته ، وخطورة المشكلة ، وما اذا كان ما يعانى منه مجرد عرض منفرد أم زملة

أعراض تدل على اضطراب محدد، أو مرض يستدعى إحالته الى العلاج النفسى أو الطبى فى مستشفى للامراض النفسية.

- عن طريق التشخيص المبكر تكون فرصة العلاج أفضل : فهناك بعض المشكلات قد تظل مستترة أو غير ظاهرة أو ينالها الانكار والتجاهل، أو تظل بعيدة عن التشخيص المبكر حتى تتفاقم آثارها ويصبح علاجها مكلفا وطويل المدى ، وأحيانا صعبا أو مستعصيا .. وهذا يؤكد ضرورة التعاون الكامل بين الوالدين والمربين وعيادة أو مركز الارشاد أو العلاج النفسى حتى تتكشف المشكلات وتشخص الاضطرابات فى وقت مبكر بحيث يمكن اتخاذ الاجراءات الارشادية والعلاجية المناسبة فى الوقت المناسب (زهران:١٩٨٠، ٢٤٢)

أشكال التشخيص:

تأخذ عملية التشخيص شكلين أساسيين هما : الشكل التصنيفى ، والشكل الديناميكى..

أولا - الشكل التصنيفى :

التصنيف : Classification هو عملية تنظيم ذات تقسيم نوعى يفرز بها الأخصائى الأعراض أو الأمراض الى أصناف ومجموعات ، وتصنيف الحالات الى أنواع متشابهة ، والأفراد المرضى الى مستويات محددة أو درجات مرضية .. ومن ثم : فان التشخيص التصنيفى عبارة عن خلق لنظام يندرج فيه الأفراد ضمن فئة محددة من حيث درجة المرض أو نوعه .. فلقد اعتاد الكثيرون على أن ينظروا الى التشخيص على أنه عملية يحاول الاخصائى عن طريقها الى التوصل الى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمرض أو لمشكلة العميل. (مليكة: ١٩٨٠، ٥١)

وجدير بالذكر : أنه لايمكن أن يقوم الأخصائى النفسى الاكلينيكى بتصنيف أعراض المريض دون أن توجد لديه قائمة متفق عليها بأسماء الأمراض التى يمثل كل اسم منها مرضا واحدا فقط - تسمى قائمة "المسميات" .. وينبغى تقسيم هذه

التسميات الى مجموعات بناء على معايير محددة بحيث تجمع الأمراض ذات الخصائص المشتركة فى أقسام . وعملية التجميع هذه تسمى تصنيفا ، أما طبيعة المعايير التي تتكون على أساسها الأقسام فتعتمد على الغرض من التصنيف ، فليس ثمة طراز واحد من التصنيف يناسب جميع الأمراض، ولايمكن استخدام تصنيف للأمراض استخداما م رضيا ما لم يوجد معنى للاسم المكون له ، فشرح المصطلحات Glossary يتطلب مجموعة من الأوصاف (منظمة الصحة العالمية : ١٩٨٢، ١٠-١١)

ولقد تنوعت قوائم التصنيف ونظمه ، واختلفت مصطلحات هذه القوائم ومسمياتها .. ولعل أشهر قوائم التصنيف تلك التى وردت فى الدليل الذى نشرته لجنة المسميات والاحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٦٥) ويحمل اسم الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقليةDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.المعروف اختصارا باسم(DSM) وتعديلاته التى وصلت الان الى التعديل الرابع (١٩٩٤) .. ومن هذه القوائم التصنيفية أيضا : تصنيف منظمة الصحة العالمية الذى تضمن التصنيف الدولى للاضطرابات العقلية

Mental Disorders Glossary and guide to their Classification(The International Classification of Diseases). .

وقد جاء دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسى (١٩٧٩) ، متضمنا قائمة بستة عشر فئة من الفئات التشخيصية - هى :

١ - التخلف العقلى:

/صفر التخلف العقلى البينى.

١/ التخلف العقلى الخفيف.

٢/ التخلف العقلى المتوسط.

٣/ التخلف العقلى الشديد.

٤/ التخلف العقلى الجسيم.

٥/ التخلف العقلى غير المعين. Unspecified .

وقد صنفت الفئات الفرعية الأصغر للتخلف العقلى بحسب السبب المسئول، على النحو التالى:

صفر : عقب عدوى أو تسمم.

٢: مع اضطرابات الأيض والغدد الصماء والتغذية.

٣: المقترن بمرض مخى جسيم (عقب الولادة).

٤: المقترن بتشوهات خلقية فى الرأس أو المخ من قبل الولادة.

٥: مع اضطراب كروموزومى.

٦: المقترن بالابتسار.

٧: عقب اضطراب طب نفسى جسيم.

٨: مع حرمان نفسى اجتماعى (بيئى)

٩: مع حالات أخرى ، وحالات غير معينة كالصرع.

٢- الذهانات المقترنة بالزملات العضوية المخية

/صفر عتة الشيخوخة وما قبل الشيخوخة.

/١ الذهان المقترن بالعدوى داخل الرأس:

/١١ الخذل العام (الجنون الشللى العام).

/٢١ الذهان مع عدوى زهرية اخرى للجهاز العصبى المركزى.

/٣١ الذهان مع التهاب المخ الفيروسى.

/٤١ الذهان مع التهابات مخية أخرى غير معينة.

/٢ الذهان مع أنواع اخرى من العدوى داخل الرأس.

/١٢ الذهان المقترن بحالات مخية أخرى:

/ ٢٢ الذهان مع تصلب شرايين المخ.

/ ٣٢ الذهان مع اضطرابات أخرى فى الدورة الدموية المخية.

/ ٤٢ الذهان مع أورام داخل الرأس.

/ ٣٢ الذهان مع أمراض ضمور الجهاز العصبى المركزى.

/٤٢ الذهان مع اصابات المخ.

/ ٣ الذهان ، المقترن بحالات جسمية عامة:

/ ٣ الذهان مع اضطرابات الغدد الصماء.

/١٣ الذهان مع اضطرابات الأيض أو التغذية.

/ ٢٣ الذهان مع عدوى جسمية عامة.

/ ٣٣ الذهان مع تسمم بالعقاقير أو السموم.

/ ٤٣ الذهان مع الحمل.

/ ٥٣ الذهان مع الولادة.

٣- الحالات غير الذهانية المقترنة بالزملات العضوية المخية.

صفر/ الحالات غير الذهانية مع العدوى داخل الرأس.

١/ الحالات غير الذهانية مع التسمم بالعقاقير أو السموم أو التسمم الداخلي العام.

٢/ الحالات غير الذهانية مع اصابات فى المخ.

٣/ الحالات غير الذهانية مع اضطرابات الدورة الدموية.

٤/ الحالات غير الذهانية مع اضطرابات الأيض والتغذية.

٥/ الحالات غير الذهانية مع عتة الشيخوخة أو عتة ما قبل الشيخوخة.

٦/ الحالات غير الذهانية مع الأورام داخل الرأس.

٧/ الحالات غير الذهانية مع أمراض ضمور الجهاز العصبى المركزى.

٨/ الحالات غير الذهانية الأخرى وغير المعينة.

٤- الاضطرابات الطب نفسية للصرع :

صفر/ النوبات الطب نفسية مع الصرع.

١/ اضطرابات الشخصية والطباع للصرعيين.

٢/ الذهان الصرعى.

٣/ العته الصرعى.

٤/ حالات أخرى.

٥/ الاعتماد على العقاقير ، والكحولية ، والذهانات الكحولية:

/صفر الاعتماد على العقاقير:

صفر صفر / الاعتياد البسيط.

صفر ١ / الادمان.

/ ١الكحولية:

/١صفر الكحوية المزمنة البسيطة.

/ ١١ الانغماس الكحولى المنقطع.

/ ٢١ الادمان الكحولى

٢/ الذهانات الكحولية:

/ ٢ صفر الهذيان Delirium الارتعاشى.

/ ١٢ ذهان كورساكوف.

/ ٢٢ الخيلولة Hallucinosis الكحولية.

/ ٣٢ حالات الكحوية البارانوية.

/ ٣ حالات أخرى مقترنة بالاعتماد على العقاقير.

/ ٤ اضطرابات كحولية اخرى.

٦ـ أمراض الهوس والاكتئاب:

/ صفر مرض الهوس والاكتئاب النوع الاكتئابى.

/ ١ مرض الهوس والاكتئاب النوع الهوسى.

/ ٢ مرض الهوس والاكتئاب النوع الدائرى.

/ ٣ مرض الهوس والاكتئاب النوع المختلط.

/ ٤ السوداء الارتدادية.

/ ٥ المرض الاكتئابى الذى لم يتعين فى مواضع أخرى.

/ ٦ المرض الهوسى الذى لم يتعين فى مواضع أخرى.

/ ٧ أخرى.

٧ ـ الفصام :

/ صفر الفصام : النوبة الحادة غير المتميزة.

١/ الفصام : الاستهلالى.

/ ٢ الفصام : الفصام الوجدانى.

/ ٢ صفر الهوسى

/ ٢ ١ الاكتئابى.

/ ٣ الفصام : البارانوى

٤/ الفصام : الكتانونى

/ ٤ صفر المتهيج.

/ ٤ ١ المنسحب.

/ ٥ الفصام : الهبفرينى.

/ ٦ الفصام : البسيط.

/ ٧ الفصام : المزمن غير المتميز.

/ ٨ الفصام : المتبقى.

/ ٩ الفصام : أنواع أخرى.

٨ـ حالات البارانويا:

/صفر نوبة البارانويا الحادة أو التحت حادة.

/ ١ حالة البارانويا الضلالية Delusion المزمنة.

/ ٢ حالة البارانويا الهلوسية المزمنة.

/ ٣ حالة البارانوي التخيلية المزمنة

/ ٤ حالة البارانويا البارانويا الارتدادية.

/ ٥ حالة البارانويا المتأخرة

/ ٦ البارانويا.

/ ٩ حالة البارانويا الأخرى.

٩ ـ الذهانات الوظيفية الأخرى.

/صفر ذهان حاد غير متميز.

/ ١ ذهان خلطي حاد.

/ ٢ ذهانات موقفية وتفاعلية حادة.

/ ٣ ذهانات موقفية وتفاعلية مزمنة.

/ ٩ أخرى.

١٠ـ العصاب Neuroses

/صفر عصاب القلق

/ ١ عصاب الهستيريا:

/ ١ صفر النوع التحولي.

/ ١١ النوع الانشقاقي.

/ ٢ العصاب الرهابي.

/ ٣ العصاب القهري الوسواسي.

/ ٤ العصاب الاكتئابي.

/ ٥ عصاب الوهن (النيوراستينيا).

/ ٦ عصاب توهم المرض.

/ ٧ العصاب التفاعلي والموقفي.

/ ٩ أخرى.

١١ ـ اضطرابات الشخصية والطباع:

/صفر اضطراب نمط الشخصية.

صفر / صفر الشخصية الشبفصامية.

صفر ١ الشخصية البارانوية.

صفر ٢ الشخصية النوابية.

صفر ٣ الشخصية الوسواسية.

صفر ٤ الشخصية المضادة للمجتمع.

/ ١اضطراب سمات الشخصية.

/ ١صفر الشخصية الانفجارية.

/ ١ ١ طبع هوس السرقة.

/ ١ ٢ طبع هوس الحرق.

/ ١ ٣ طبع المغايرة للمجتمع.

/ ١ ٤ طبع توهم المرضة.

/ ١ ٥ التمارض.

/ ٢ الشخصيات غير الناضجة:

/ ٢ صفر الشخصية السلبية الاعتمادية

/ ٢ ١ الشخصية الهستيرية.

/ ٢ ٢ الشخصية العاجزة.

/ ٢ ٣ الشخصية غير المستقرة انفعاليا.

/ ٣ الانحراف الجنسى

/ ٣ صفر فى المثير الجنسى.

/ ٣ ١ فى التعبير الجنسى.

/ ٣ ٢ فى الموضوع الغريزى.

/ ٩ اخرى

١٢ ـ الاضطرابات النفسفسيولوجية (السيكوسوماتية) :

/صفر اضطراب الجلد النفسفسيولوجى.

/ ١ اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى (الحركى) النفسفسيولوجى.

/ ٢ اضطراب الجهاز النفسى التنفسى النفسفسيولوجى.

/ ٣ اضطراب الجهاز الدورى النفسفسيولوجى.

/ ٤ اضطراب الجهاز الهضمى النفسفسيولجى

/ ٥ اضطراب الجهاز البولى التناسلى النفسفسيولوجى.

/ ٦ اضطراب الغدد الصماء النفسفسيولوجى.

/ ٧ اضطراب الحواس الخاصة (الخمسة) النفسفسيولوجى.

/ ٩ اضطرابات نفسفسيولوجية أخرى.

١٣ ـ اضطرابات السلوك فى الطفولة والمراهقة.

/ صفر التفاعل الحركى المفرط عند الطفل أو المراهق.

/ ١ التفاعل الانسحابى عند الطفل أو المراهق.

/ ٢ التفاعل المفرط فى القلق عند الطفل أو المراهق.

/ ٣ التفاعل الشاذ عند الطفل أو المراهق.

/ ٤ التفاعل العدوانى غير الاجتماعى عند الطفل أو المراهق

/ ٥ تفاعل الثلة المنحرفة عند الطفل أو المراهق.

/ ٦ حالة هوش (شغب) Turmoil المراهقة.

/ ٩ تفاعلات أخرى عند الطفل أو المراهق.

١٤ ـ أعراض خاصة لم تدرج فى مكان آخر:

/ صفر اضطرابات الكلام والتعلم.

/ ١ اللوازم والاضطرابات الحركية النفسية الأخرى.

/ ٢ اضطرابات النوم.

/ ٣ اضطرابات التحكم فى قابضات الاخراج.

/ ٣ صفر التبول اللاارادى.

/ ٣ ١ التبرز اللاارادى.

/ ٤ الصداع.

/ ٥ العنة.

/ ٦ البرود الجنسى (عند المرأة).

/ ٧ تغير الذات (اختلال الأنية).

/ ٩ أخرى.

١٥ ـ الحالات التى لايمكن تصنيفها تحت أى من الفئات السابقة.

١٦ ـ حالات خالية من الأمراض النفسية مع وجود أعراض نفسية مقبولة اجتماعيا وبيئيا.

/ ١ حالات خالية من الأمراض النفسية.

هذا ـ وقد تم تعريف كل فئة مرضية وفقا للأعراض المميزة لها مما يساعد الاخصائيين على اجراء التشخيص لكل مريض ووضعه في التصنيف المتفق مع أعراضه وتحديد نوع المرض الذى يعانى منه...

ومن المحقق أن مثل هذه القوائم تحتاج الى مداومة مراجعتها فى ضوء التطور المستمر للنظريات والمفاهيم ، وفى ضوء مايجد من مصطلحات وحقائق (مليكة : ١٩٨٠، ٤٩).

وننتهى الى أن الشكل التصنيفى للتشخيص يقصد به فحص الأعراض المرضية ، واستنتاج الأسباب ، وتجميع الملاحظات فى صورة متكاملة ، ثم نسبتها الى مرض معين من الأمراض التى سبق الاشارة اليها.

ومع ذلك يعترض البعض على منهج التشخيص التصنيفى على أساس أنه ليس هناك ما يؤكد أن التصنيف الذى نتوصل اليه يتفق مع طبيعة الأمراض ، وأن مسألة تصنيف المرض النفسى وتمييزه عن السواء تعتبر مسألة نسبية واعتبارية ، تخضع للقيم الاجتماعية السائدة : فما يعتبر أعراض غير سوية فى مجتمع من المجتمعات تعتبره مجتمعات أخرى لايخرج عن حدود السواء .. كما اعترض البعض على أن التصنيف على أساس الأعراض لايساعد الى حد كبير فى التنبؤ عن تطور الحالة أو فهم الاضطراب، كما أن تصنيف نفس المريض قد يختلف من مستشفى الى آخر ، كما أن الحالة التى لاتكون خليطا من أعراض تنتمى لأكثر من فئة واحدة هى الحالة النادرة : فقد يصعب أحيانا أن نميز الوسواس القهرى عن الهستيرى ، وقد يعانى الفصامى الكتاتونى من هواجس البارانويا ، وحتى فى الحالات التى يبدو أنه تتشابه فيها الأعراض قد لايتيسر الحكم بأن المشكلة قد نشأت من أسباب أو أسس واحدة ذلك أن نوع العرض قد لايرتبط بالضرورة بأسبابه، وقد

تنشأ الأعراض المختلفة من نفس الأسباب .. بالاضافة الى أن كثيرا من الأعـراض تكون انتقالية ومتغيرة وان كان ما يكسبه المريض منهـا هـو الـذى يغلـب أن يكـون أكـثر ثباتـا (مليكـة : ١٩٨٠، ٥١-٥٢) .. ولكـل هـذه الأسـباب ينظـر كثـير مـن الأطباء النفسيين والاخصائيين فى الصحة العقلية الى عملية التصنيف هـذه بشـىء كثير من الحذر والشك (ابراهيم:١٩٨٨، ١٩، ٦٥). ومن ثم يجـب أن يقـف الشـكل الديناميكى من التشخيص جنبا الى جنب مع الشكل التصنيفى.

ثانيا - الشكل الديناميكى:

يقصد بالدينامية : الكل العضوى أى الجشطلت فـى مقـابل الكـل الذراتـى .. فالظاهرة النفسية ليست حـاصل جمـع الأجـزاء " كسـر"، بـل التشـخيص الدينـاميكى لايكتفى بوصـف حالة المريض وادراجه فى فئة اكلينيكية مرضية معينـة ، بـل هـو عملية الفهم النفسى العميق لامكانات الفـرد وتوافقـه السـلوكى أى الدراسـة الشـاملة للعديد من الجوانب الديناميكية لشخصية الفرد مثل : القدرات والدوافع ، والانفعالات والاتجاهات .. كما أن التشخيص الديناميكى يكشف للأخصائى عن أنواع ومواطـن الصـراع فـى الشـخصية ، وعـن درجـات القلـق ، والقـوة الحاليـة للأنـا واحتمـالات تعرضهـا للتدهـور أو قابليتهـا للنمـو ، كمـا تكشـف أيضـا عـن الآليـات والأسـاليب الدفاعية التى يتخذها الفرد فى مواقف معينة كأسلوب يخفف به حدة الألـم النفسـى . (مخيمر : ١٩٧٩).

ويـرى المحللـون النفسـيون : أن معرفـة أهـداف الفـرد وطموحاتـه ووجهاتـه المختلفة يمكن الكشف عنها من خلال دوافعه .. وأن التحليـل الدينـاميكى هـو الـذى يؤكد على أن الصراع بين الدوافع هو أساس الأمراض النفسية .. ولذلك: لايكتفـى التشخيص الديناميكى بالكشف عن مكمـن الصـراع وأنواعـه ومـداه لفهـم مشـكلات الفرد ، بل يذهب الى أبعد من ذلك ، فهو يكشف الأساليب الدفاعية التـى يلجـأ اليهـا المريض للتخفيف من حدة التوتر والصراع ولتفـادى خبراتـه المؤلمـة فكـل ذلـك يساعد الأخصائى فـى فهمـه الدقيـق للجوانـب الديناميكيـة مـن شـخصية المريـض ،

ومعرفة أسباب المشكلة ، وبالتالى تحديده لأساليب العلاج أو الارشاد النفسى الملائم (عباس: ١٩٨٣، ٦١).. بمعنى أن معرفة الجوانب الديناميكية فى شخصية المريض تزيد من **الاطمئنان** الى صدق التشخيص ، ويمكن الأخصائى من الفهم الواضح لدلالة سلوك المريض بالصورة التى يستطيع الاخصائى من خلالها الاستجابه الملائمة لمشاعر المريض فى تعامله معه ، ومن التنبؤ الشمولى بسلوكه ، ومن اختيار المنهج العلاجى المناسب . ويصعب أن يتحقق كل ذلك إلا فى ضوء فروض أو نظرية فى أسباب المشكلة المعنية وهو غاية التشخيص.

ولذلك ينظر الى التشخيص الديناميكى على النحو التالى :

١ - هدفه:

للتشخيص هدف معرفى فهو ليس بتكديس لتشخيصات جزئية بل فعل ختامى تتكامل فيه التشخيصات الجزئية فى بناء هو الوحدة الكلية للعوامل الشارطة للسلوك.

٢ - مضمونه :

المضمون الأساسى للتشخيص الديناميكى ليس مجرد الصاق بطاقة بهذا الصنف أو ذاك من أصناف الطب العقلى التقلبدى أى ليس بتحديد النمط بالرجوع الى تصنيف جاهز بل هو عملية دينامية تنصب على فرد بعينه فى موقف بعينه فى لحظة بعينها ، وتحديد الدلالة التى تنطوى عليها جملة علاقاته مع بيئته (مخيمر: ١٩٧٩، ١٨٥)

٣ - بنيانه:

ينطوى بنيان التشخيص الديناميكى على عمليتين :

- الأولى : المماثلة : بمعنى ادراج الحالة ضمن نمط عام من أنماط العلاقة المثالية استنادا الى المعارف السابقة (المتوفرة عن الحالة)
- الثانية : المواءمة : بمعنى تبين الخصائص الفريدة التى يتجسد عليها النمط العام فى هذه الحالة بالذات.

٤ ـ فنياته:

يعتمد التشخيص الديناميكى على فنيات أساسية هى تاريخ الحالة والملاحظة المباشرة والتى تمدنا بالمعطيات التالية :

- معطيات تاريخية : معرفة تاريخ حياة الشخص منذ أشهر الحمل حتى الآن
- معطيات حالية : ملاحظة مباشرة أثناء المقابلة للتصرفات والأقوال (تبين مالا يقوله الشخص ، ومالا يريد أن يقوله ، وما يتردد فى قوله ... الخ).. كذلك بالاضافة الى مجالات حياته الحالية ضمن ظروفه البيئية..
- معطيات قياسية : يستعين الأخصائى الاكلينيكى بالمقاييس النفسية المقننة والاختبارات الاسقاطية ، وملاحظاته للحالة ضمن الاطار الأسرى والمدرسى ..الخ.
- معطيات تحليلية : تفسير الأحلام ، وخاصة التى تتكرر أو التى تكون فى صورة "كوابيس" ، وتفسير الهفوات والحركات البدنية المرهفة التى تصدر عن الشخص أثناء المقابلة.

٥ ـ منطقه :

التشخيص الديناميكى ليس عملية رص للوقائع ، بل تأويل لبنائها بناء جديدا فى وحدة كلية " اعادة بنائها بناء جديدا " بحيث يمكن فهم دلالة السلوك ووظيفته ، أى فهم الكائن فى علاقته ببيئته ، ويتحقق ذلك بحركة ديالكتيكية من الفكر : تمضى من الوقائع الى الفرض التفسيرى لتعود الى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلى ... وهكذا .. (مخيمر : ١٩٧٩، ١٨٥-١٨٦)

معايير التشخيص:

كما سبق فإن التشخيص يستند الى أنواع عديدة من المعطيات التى تعتمد على الملاحظة المباشرة ورسم تاريخ الحياة للمفحوص ، كما ينطوى التشخيص على عملية تأويل interpretation للوقائع والمعطيات ، وبنائها بناء جيدا فى وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك ووظيفته ـ أى فهم الكائن فى علاقته ببيئته ..

ويحقق ذلك بحركة ديالكتيكية diatectique للفكر، تمضى من الوقائع الى الفرض التأويلى ، لتعود الى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلى .. وهكذا.

ولذلك ـ فان : أهم المعايير norms التى تحكم اقامة التشخيص ما يلى :

١ ـ مبدأ التكامل : ويعنى اقامة وحدة كلية واحدة من المعطيات ، مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك فالمعطيات التى تم جمعها ينبغى أن تأتلف ، وتنتظم ضمن الشخصية برمتها فى وحدتها التاريخية ، وفى علاقتها الراهنة بالبيئة . بمعنى الكشف عن العامل المشترك الذى يربطها (مخيمر : ١٩٨١، ٣٤).. وفى هذا الصدد يشبه فرويد التحليل النفسى بلعبة البصر، التى يكون فيها على الشخص أم يقيم صورة مكتملة ابتداء من أجزائها المبعثرة .. فليس ثمة غير حل واحد صحيح .. وطالما لم يتم التوصل اليه ، فربما استطاع المرء أن يتعرف على أجزائه معزولة ، ولكن لايوجد كل مترابط ... فإذا ما تم الوصول الى الحل الصحيح ، فلن يكون من شك فى صحته ، لأن كل جزء ، يجد مكانه ضمن الكل الشامل .. فالحل النهائى يكشف عن وحدة مترابطة ، فيها كل التفصيلات ، التى كانت حتى ذلك الحين غير مفهومة، قد وجدت مكانها (فينخل : ١٩٦٩، ٩٠)

٢ ـ مبدأ التقاء الوقائع : فالتأويل الذى ترتد اليه كثرة من الوقائع الواردة فى الأحلام مثلا ، ينبغى أيضا ـ أن ترتد اليه كثرة من الوقائع المماثلة فى المسالك اليومية للشخص ، وضمن اطار الطرح العلاجى.

٣ ـ مبدأ وفرة المعلومات : ويعنى أن درجة اليقين أوالاحتمال فى التشخيص انما تتوقف على ثراء ودقة المعطيات التى تم جمعها.

٤ ـ مبدأ الاقتصاد : ويعنى أن أكثر التأويلات معقولية هو الذى يتيح تفسيرا لأكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض.

٥ ـ الخصوبة : ومعناه أن التشخيص ليس له من قيمة الا حين يأتى بجديد يستنطق الوقائع.

٦ ـ الانتظار : بمعنى أن التشخيص لايعدو أن يكون مؤقتا ، ومن ثم يظل الأخصائى النفسى فى حالة انفتاح عقلى تتيح له أن يعدل من تشخيصه اذا ما برزت أيه وقائع جديدة.

٧ ـ التنبؤ : بمعنى : أن يسمح التشخيص بالتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه سلوك الشخص فى موقف بعينه (مخيمر: ١٩٨١، ٣٤-٣٥)

ولكى يستطيع الأخصائى النفسى الاكلينيكى أن يقوم بعملية التشخيص والتنبؤ بفعالية : ينبغى أن يكون واعيا لدوره وشخصيته واحتمالات انعكاساتهما فى تطبيقه للطريقة الاكلينيكية.

خطوات ومراحل التشخيص :

يتطلب التشخيص خطوات أو عمليات أساسية تشتمل على : الملاحظة ، والوصف، وتحديد الأسباب ، والتصنيف ، والتحليل الدينامى بقصد التوصل الى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة المريض ، وبقصد التنبؤ ورسم ومباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها .. ومن ثم يمر التشخيص بالمراحل التالية:

١ ـ مرحلة الاعداد:

وتشمل هذه المرحلة تهيئة العميل (المريض) ، واستعداد الأخصائى النفسى للقيام باجراء التشخيص :

ـ فتهيئة العميل أمر لازم لكى يتم اجراء التشخيص بنجاح وذلك بتعريفه أنه ليس الوحيد الذى يعانى من مشكلة أواضطراب نفسى وأن كثيرين قبله كانوا يعانون من مشكلات شخصية وعولجت ، وأن التشخيص المبكر الدقيق هام جدا وفى مصلحته، ومن ثم يستحثه ويطمئنه من أجل التعرف على أصل وطبيعة ونوع المشكلة وأعراضها وتحديد أسبابها (زهران: ١٩٨٠، ٢٤٢).

ـ أما استعداد الأخصائى لاجراء التشخيص : فذلك عن طريق الاتصال بين الاخصائى وكافة المؤسسات الاجتماعية والتربوية والاصلاحية والعلاجية من أجل التعرف والتزود بتفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض والتى يمكن للأخصائى أن

يجمع منها المعلومات الأولية والتقارير الاكلينيكية عن المريض .. ثم يقوم الأخصائى باختيار أدوات التشخيص المناسبة من اختبارات ووسائل قياس .

٢ ـ مرحلة التزود بالمعلومات :

وهى تتم عبر المقابلات التشخيصية بين الأخصائى النفسى والمريض وما يدور بينهما من أسئلة وأحاديث هادفة ، الى جانب الفحوص الطبية والمعملية والاجتماعية والسجلات التعليمية والمهنية ، وتطبيق الاختبارات والمقاييس الملائمة للحالة ، وكل الأدوات التشخيصية التى تستخدم بغرض تكوين أحكام جزئية عن حالة المريض بغية التوصل الى تكوين تصور عام عن حالته وفكرته عن نفسه وهذه الصورة تلعب دورا هاما سواء ايجابيا لشفاء المريض، أو سلبيا لتأخير الشفاء واعاقة العلاج.

ويطلق على هذه المرحلة مرحلة الفحص : والفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح ومن ثم : يجب أن يكون موضوعيا وشاملا ومأخوذا من كافة المصادر المتاحة ، وبكافة الطرق والوسائل الممكنة. (زهران : ١٩٧٤، ١٨٧)

٣ ـ مرحلة معالجة المعلومات وتفسيرها :

وهى مرحلة يقوم الأخصائى فيها بتنظيم المعلومات والمعطيات التى حصل عليها من المقابلات وتطبيق الاختبارات وتنسيقها ووضعها فى صورة واضحة، مع استخراج النتائج وتفسيرها تمهيدا لاتخاذ قرارات بشأن الحالة .. ففى ضوء تفسير المعلومات يتم وضع افتراض تشخيصى معين.

ومن خلال معالجة المعلومات وتفسيرها يتم تحديد الأسباب وتحديد الأعراض:

تحديد الأسباب : فبعض الباحثين يقسمون الأمراض النفسية والعقلية على أساس الأسباب غير أنه يجب أن يكون واضحا لدى الأخصائى الاكلينيكى مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب ، وأنه من النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد للمشكلة

أو الاضطراب الا فى حالات نادرة .. ومن الضرورى فى عملية التشخيص التفريق بين الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية ، والأسباب المهيئة والمرسبة (المعجلة) التى أدت الى المشكلة أو الاضطراب ـ ويجب عدم المبالغة فى أثر مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى ، ويجب الاهتمام بتحديد الأسباب كما يراها المريض بنفسه وكما يصدق ذلك نتائج الفحص الشامل لأن ذلك يساعد على دقة لتشخيص ويجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا (زهران : ١٩٨٠، ٢٤٣).

ـ تحديد الأعراض : ومن خلال المعلومات المتوفرة للأخصائى النفسى يستطيع اكتشاف الأعراض المرضية .. وبعض الأعراض قد تكون شديدة واضحة يمكن ملاحظتها بسهولة ، وبعضها تكون خافية لايمكن معرفتها الا عن طريق التقرير اللفظى للمريض أو مرافقيه (وهذه الأعراض تتضح خلال عملية الفحص وجمع المعلومات) ، ولابد من الاهتمام بكل الأعراض الداخلية والخارجية .. ومن المعروف أن العرض الواحد قد يظهر عند شخص نتيجة لأسباب نفسية ، أو يظهر نتيجة لأسباب عضوية ، كما أن عددا كبيرا من الأعراض قد يكون لها نفس الأسباب .. ويجب أيضا: تحديد معنى ووظيفة وأهداف الأعراض .. ولابد من الاهتمام بدراسة الأعراض وما وراء ها من مكاسب أولية أو ثانوية يحققها المريض (كما فى حالات الهستيريا). (زهران : ١٩٨٠، ٢٤٣)

وينبغى فى هذه المرحلة الاهتمام بالتشخيص الفارق differential diagnosis وهو يقوم عل التفرقة المنهجية بين أعراض مرضيه أو أكثر لتقدير أى منهما هو الذى يعانى منه المريض .. ومن أهم دواعى الاهتمام بالتشخيص الفارق: حالات الأمراض نفسية المنشأ والأمراض عضوية المنشأ ، وحالات الاضطرابات النفسية والاضطرابات الجسمية وحالات الأمراض الجسمية التى يصاحبها اضطرابات نفسية والامراض النفسية الجسمية ـ وهذا أمر له أهميته البالغة لأنه فى ضوء هذا التفريق تتحدد طريقة وخطوات العلاج :

فمثلا : فى حالة مثل الصرع يلزم التفريق بين ما اذا كان صرعا هستيريا أم صرعا عضويا ـ فلكل منهما أعراض فارقة : ففى الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنوبة فى وسط الناس ويقع فى مكان آمن ونادرا ما نجد فيه اصابة ولايعض لسانه ولايتبول أثناء النوبة ، ولاتختفى الانعكاسات لديه ، ويكون رسم موجات المخ الكهربائية سليما .. أما فى الصرع العضوى فان النوبة تباغت المريض فى أى مكان ودائما نجد فيه اصابات وكسور وجروح وقد يعض لسانه وقد يتبول أثناء النوبة ويكون رسم موجات المخ الكهربائية مضطربا..

وعموما : فان التشخيص الفارق يتطلب الاهتمام بما يلى :

- التعرف الواضح على أسباب المرض.
- التفريق بين الاضطرابات العضوية والاضطرابات الوظيفية.
- تقييم درجة الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى.
- اكتشاف رد فعل الشخصية تجاه الاضطراب.
- تقدير شدة الأعراض : لأن الفرق بين الشخصية المريضة والشخصية السوية من حيث الأعراض قد يكون فرق فى الدرجة وليس فى النوع.
- اتباع الأساس العلمى فى تصنيف وتحليل البيانات والمعلومات.
- تحديد فرض تشخيصى دينامى بخصوص طبيعة المريض.
- تحديد مآل المرض . (زهران : ١٩٧٤، ١٧٤-١٧٥)

٤ ـ مرحلة اتخاذ القرارات :

فى ضوء التشخيص الفارق : فان هذه المرحلة تتضمن : كتابة تقارير عن حالة المريض ، وتقرير نوعية العلاج.

- وعند كتابة تقارير عن حالة المريض : فيجب على الأخصائى النفسى الاكلينيكى أن يرسم صورة واقعية بقدر الامكان لشخصية معينة بحيث اذا اراد أى فرد قراءة هذا التقرير رأى أمامه صورة شخص وليست مجموعة من المصطلحات الفنية المجردة التى يخرج بها الأخصائى من تطبيقه لمجموعه من الاختبارات . فالتقرير الجيد هو الذى يعطينا صورة ، حقيقية لها معنى لسلوك

الفرد ، يكشف لنا عن اتجاهاته ومعتقداته ، ويفسر لنا أعراضه بشكل جيد فالتقرير الاكلينيكى له فائدة عظيمة فى رسم خطة لعلاج المريض.

- وأخيرا تقرير نوعية العلاج : بعد مناقشة الحالة مع الطبيب النفسى أو المعالج النفسى يتم اتخاذ القرار المناسب اللازم من أجل العلاج أو التوجيه أو الارشاد النفسى (عباس : ١٩٨٣، ٦٣-٦٤).. ويؤكد ساندبيرج وتيلر Sandburg & Tuller بأن مهمة الاخصائى الاكلينيكى تستدعى اتخاذ القرار النهائى بشأن حالة المريض : هل تقبل الحالة فى مؤسسة معينة أم ترسل الى مؤسسة أخرى؟، هل نوعية العلاج داخلى أم خارجى، هل يبعد الشخص عن أسرته أم يبقى على صلة بها ؟ ما نوعية العلاج الأكثر فعالية فى مثل حالته؟ ... الخ

الفصل الخامس

منهج التشخيص الاكلينيكى

تعريف المنهج الاكلينيكى وخصائصه :

سبق أن أوضحنا أن موضوع علم النفس الاكلينيكى هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية أى دراسة الشخصية فى بيئتها.. ذلك الاتجاه هو الذى تبناه ويتمر Witmer (١٨٩٦) فى تعريف المنهج الاكلينيكى ، حيث يذهب الى أنه : " **منهج فى البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل استخلاص مبادىء عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم** " (موريس : ١٩٧٧) .. فمناهج التشخيص السيكولوجى تستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض ، بواسطة أخذ عينات مناسبة من تاريخه الماضى وأدائه الحاضر بغية الوصول الى صيغة تشخيصية تصلح فى آن معا أن تكون أساسا إنذاريا أى تقديرا للاتجاه المرجح مستقبلا ، وأن تكون عونا على انتقاء الوسائط العلاجية المناسبة (واطسن: ١٩٦٩، ٦٣٨).

كما يعرف المنهج الاكلينيكى بأنه : " **المنهج الذى يستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية ويفدون الى العيادات النفسية يلتمسون النصح والتوجيه والعلاج** " (عبد الحى :١٩٧٦، ٧٤) .. أو : "**هو المنهج الذى يستخدم فى تشخيص وعلاج الأفراد الذين يكابدون اضطرابات نفسية او انحرفات حسية أو خلقية، او من يعانون مشكلات توافقية شخصية أو اجتماعية دراسية أو مهنية** (عوض : ١٩٨٠، ٢٨).. فلقد نشأ المنهج الاكلينيكى اجابة عن نوعية المرض من حيث هو حالة يستحيل احداثهابالمنهج التجريبى : فالسوية والمرض يفهمان الواحد بالقياس الى الآخر ، وليست هناك كائنات بشرية بغير مرض أو صراع - فالسوية والمرض نهايتان متباينتان لنفس المشكلة : مشكلة التوافق مع الحياة .. ومن هنا : فان علم النفس الاكلينيكى فى

دراسته لاضطرابات السلوك يمتد الى جميع الكائنات محتضنا بذلك السوية والمرض جميعا.. ومن هنا يقال : ان المنهج الاكلينيكى يتخذ من علم النفس المرضى زاوية الرؤية (مخيمر : ١٩٨١، ٣١).

وعلى هذا الأساس : يقوم المنهج الاكلينيكى بملاحظة المرضى وهم يعانون مشكلاتهم ، ثم معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة ، بحيث يتيسر تأويل كل حادث فى ضوء الوقائع الأخرى ، نظرا لأنها جميعا تشكل كلا ـ ديناميا هذا هو موقف المعالج الذى يوجب عليه أن يعالج أو يرشد مرضاه.

ويرى آخرون أن " **المنهج الاكلينيكى يسعى الى تغيير سلوك الفرد عن طريق اكتشاف مشكلاته ومساعد ته على حل تلك المشكلات التى يعانى منها** ".

فالاخصائى النفسى الاكلينيكى بحكم اعداده العلمى وخبراته يعتبر ملاحظات دقيقا فغالبا ما يرى فى سلوك الفرد أشياء لايراها غيره . ويضع الفروض العلمية المستخلصة من الملاحظات الاكلينيكية من أجل فهم وعلاج الحالة (العيسوى: ١٩٧٥، ٤٣-٤٤).

هذا ـ ويحدد مخيمر (١٩٧٩) ملامح المنهج الاكلينيكى على النحو التالى:

- **هدفه** : يهدف المنهج الاكلينيكى الى تبين جملة الشروط والعوامل التى تحكم السلوك أى التى تعتبر مسئولة عن السلوك الذى ندرسه .. والتحديد : ينصب على جملة الشروط أى العوامل التى لايستطيع الأخصائى التحكم فيها : بحصرها أو تثبيتها أو عزلها بعضها عن بعض أو تغييرها.
- **موضوعه** : ينحصر موضوع المنهج الاكلينيكى فى الدراسة العميقة لحالة فردية بعينها ـ أى لشخص حامل مشكلة دفعته الى الذهاب للأخصائى الاكلينيكى طالبا العلاج أو الاستشارة أو التأهيل... الخ ـ أى دراسة الشخصية فى جملة علاقاتها ببيئتها .. وبمعنى آخر : يحاول المنهج الاكلينيكى تبين الصراعات الأساسية عند هذا الفرد ، والدوافع الغريزية التى كانت خطرة بالنسبة له فى طفولته والتى ولدت لديه القلق ـ هذا الذى جعله يستخدم

ميكانيزمات دفاعية خاصة ومازلت حتى اليوم تكرر نفسها وتطبع الشخصية بطابعها المميز وتحكم المسالك فى المستقبل (أى الوصول الى التوافق).

أسلوب العمل : يرتكز المنهج الاكلينيكى على بحث شامل مطوق يقوم على ثلاثة ركائز هى : تبين الوحدة الكلية التاريخية للشخص (تاريخ الحالة)، ووحدته الكلية الحالية ضمن ظروفه البيئية (المجالات المختلفة الحالية لحياته)، وصولا الى الصراعات الأساسية ـ مما يعرف بمسلمات المنهج الاكلينيكى وركائزه (كما سيتضح بعد قليل).

الطرائق (الفنيات) : يرى مخيمر أن المنهج الاكلينيكى يميل الى أن يصبح كلينيكية مسلحة بالمقاييس المقننة من ناحية " لتحديد طبيعة المشكلة" . ومن ناحية أخرى : يحصل الأخصائى الاكلينيكى على معطياته من تاريخ الحياة أقوالا للشخص فى المقابلة الشخصية ، الى جانب الاستعانة بالاختبارات الاسقاطية، والملاحظة الطبيعية المباشرة للشخص فى الموقف الحيوى، وعادة ما تكون الاستعانة بأساليب التحليل النفسى فى تفسير الأحلام والهفوات (زلات اللسان أو القلم)... الخ .. وبذلك فان المنهج الاكلينيكى يصل من ذلك الى تبين الوحدة الكلية التاريخية والوحدة الكلية الحالية كاشفا عن الصراعات الأساسية عند الشخص (دينامية).. ومن ثم يتمكن من "اعادة بناء" الوحدة الكلية للشروط الحاكمة للسلوك موضع الدراسة ، وبذلك يصل الاكلينيكى الى تحديد جملة الأسباب المسئولة عن الاضطرابات واقتراح وسائل أى القيام بالعلاج النفسى.

ـ **تناول المفحوص** : يحاول الأخصائى الاكلينيكى أن يتكيف مع كل فرد تبعا لفرديته بحيث يعينه على أن يتكلم فى حرية واسترسال فى الاتجاه المطلوب فى تجنب لأى ايحاءات.

ـ **تسجيل الاستجابات** : يقوم الأخصائى الاكلينيكى بملاحظة استجابات الشخص فى وحدتها الكلية وتفصيلاتها الدقيقة وذلك فى موقف الفحص ـ فغالبا ما

يتكلم باليدين بشكل أكثر صراحة وعمقا ، ومن هنا تكون أهمية الحركات المصاحبة لنوعية بعينها من الإدلاء ، الى جانب أن التفصيلات المرهفة هى التى تتيح غالبا فهم الدلالة الحقيقية للسلوك الكلى فالاندفاع الجرىء مثلا ربما يكون مجرد تكوين عكسى لخجل عميق يحاول المفحوص أن يستره.

- **تأويل النتائج** : يتخذ الأخصائى الاكلينيكى اطاره المرجعى من أنماط كيفية ذات طبيعة مثلى ، بحيث يرد الحالة الى عدد من العلاقات العامة.. فيقوم الاكلينيكى بعملية " مماثلة" ثم بعملية " مواء مة: "
- فهو فى البداية " يماثل " حالة المفحوص بنمط من الأنماط الكيفية التى تعلمها من قبل (عصاب قهرى ، هستيريا ، برانويا...الخ) ... ولكن الى هنا لايكون التشخيص مكتملا بلصق هذه البطاقة أو تلك.
- فلابد للاكلينيكى من أن يستوعب التفصيلات الفردية للمفحوص : بمعنى أن "يوائم" النمط الكيفى مع خصوصية حالة المفحوص ...

و بذلك : يتبين الانتظام الفريد الذى تتجسد عليه الهستيريا أوالعصاب القهرى فى هذه الحالة ـ وبذلك وحده يكتمل التشخيص .. فالهدف هنا : هو الفهم لاتحديد مكان المفحوص بالنسبة للآخرين من زاوية قدرة أو اتجاه أو سمه.

- **المعايير** : أهم المعايير التى يستند اليها المنهج الاكلينيكى : التكامل، إلتقاء الوقائع ، الاقتصاد ، الوفرة والثراء ، التنبؤ ، الخصوبة... مخيمر: (١٩٧٩، ١٩٨٠) القطان (١٩٨٢).

مسلمات المنهج الاكلينيكى

يستند المنهج الاكلينكى على ثلاثة مسلمات أساسية هى:

١ ـ التصور الدينامى للشخصية:

فالشخصية انتظام دينامى داخل الفرد يحدد توافقه مع بيئته ، والسلوك انتظام دينامى من العمليات المادية والرمزية يتيح للكائن فى المواقف المختلفة تحقيق امكانياته وخفض توتراته التى تهدد اتزانه .. فالفرق بين السوية والمرض

مجرد اختلاف فى أسلوب فض الصراعات النفسية والدراسة السيكولوجية للشخص ليست فى الواقع غير دراسة لصراعاته .. فكل كائن بشرى ، بل كل كائن حى يوجد دائما فى موقف صراع ، فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاولة حلها، أو هى سلسلة من عدم الاتزان ومحاولة لاعادة الاتزان.. والكائن المتوافق هو الذى يستطيع أن ينهى صراعاته ، بمعنى أن يزيل توتراته ويشبع حاجاته، أما الكائن عبر المتوافق فهو الذى لايصل الى فض صراعاته وخفض توتراته بشكل مكتمل (مخيمر: ١٩٧٩، ١٩٦)

والمنهج الاكلينيكى يرتكز على البناء الدينامى للشخصية وفهم الصراعات النفسية لدى الفرد.

ولكن ما هوالصراع الذى يحكم البناء الدينامى للشخصية؟.

الصراع النفسى حالة نفسية يشعر فيها الشخص بالتوتر والضيق والكدر عندما يكون مشدودا فى وقت واحد بقوتين تعملان فى اتجاهين متضادين أو متعارضين أو مختلفين (مغاريوس : ١٩٧٤) ، مما يجعله عاجرا عن التحرك فى أى منهما الا اذا غلب احدى القوتين عى الآخرى ، وحل الصراع فى اتجاه القوة الأعظم ، أما اذا تعادلت القوتان استمر الشعور بالعجز عن اتخاذ القرار وعانى من ضغوط نفسية وارهاق عصبى وتوتر وضيق وقلق (عودة ، مرسى: ١٩٨٦، ١٣٦)

وترى **نظرية التحليل النفسى** أن الصراع يحدث بين مكونات الشخصية: فمن ناحية يبدأ الصراع بين " الهى والأنا" ـ والهى : تمثل الغرائز التى تتطلب الاشباع بصرف النظر عن آية اعتبارات اجتماعية أو ثقافية ، " والأنا" هو الجزء الشعورى والمنطقى المحتك بالعالم الخارجى وهى المسئولة عن تنظيم اشباع دوافع الهى .. ونظرا لأن الأنا لاتستطيع فى كثير من الحالات مواجهة دوافع الهى العنيفة فيهب لمساندتها المكون الثالث وهو الأنا الأعلى الذى يتكون من استدخال الطفل لقيم المجتمع وأوامر الكبار ونواهيهم فتشد الأنا الأعلى أزر الأنا فى مواجهة الهى .. ومن ناحية ثالثة يحدث الصراع بين الأنا والأنا الأعلى ويظهر حين يتخذ

الفرد قرارا يعتقد بصحته ويسلك على نحو معين عن اقتناع ثم يعود فيؤنب نفسه ويلومها .. بالاضافة لذلك قد يحدث الصدام بين الهى والأنا الأعلى مباشرة ويكون هذا الصدام أثره السيء على الصحة النفسية للفرد لأنه صدام يوحى بضعف الأنا (وهو المسئول عن احداث التوازن بين المكونات النفسية للشخصية واحلال الهدوء والسلام المعتمد على التوازن بين الوظائف محل الصراع والقلق).. وعلى قدر قوة الأنا وتماسكها تستطيع أن تحدث لهذا التوازن بالزام كل مكون بالعمل فى الحدود السوية أو المقبولة ، أما اذا كانت الأنا ضعيفة فان هذا الضعف يكون لحساب الهى أو الأنا الأعلى ، وفى هذه الحال يقف هذان المكونان وجها لوجه ويشتد الصراع بينهما ، وأيا كانت نتيجة المواجهة فستكون صورة من صور السلوك اللاسوى (كفافى: ١٩٩٠، ٢٣٥).

وهكذا : نجد أن ديناميات الشخصية تقوم على تفاعل وتشابك بين قوى دافعة محركة وقوى أخرى كابحة أو مقيدة ، وأن جميع الصراعات فى الشخصية يمكن ارجاعها الى تعارض مجموعتين من القوى .. هذا هو التصور الدينامى الذى يختزل الحياة العقلية الى تفاعل متبادل بين قوى تلح وأخرى تصد وتضبط.

أما **النظرية السلوكية** فتنظر الى الصراع باعتباره المحور الذى تدور حوله القوى الدينامية المحركة للشخصية .. ويصنف ليفين الصراعات الى أربعة أنواع:

- **صراع الاقدام : Approach Approach Conflict** ويتمثل فى وجود صراع بين هدفين ايجابيين او متعادلين من حيث الصفات التى تجذب رغبة الفرد نحو كل منهما ولكن يتعذر عليه اشباعهما فى وقت واحد.

- **صراع الاحجام : Avoidance Avoidance conflict** ويتضمن وجود هدفين سلبيين ، أو وجود الفرد فى حالة ينشأ عنها موقفان كلاهما يلحق به ضررا ما.

- **صراع الاقدام / الاحجام : ApproachAvoidance Confilict** ويتضمن وجود هدفين يود الشخص تحقيق أحدهما ، ولكن الهدف الآخر يمنعه من ذلك ..

وغالبا ما يكون أحد الهدفين موجبا والآخر سالبا ، وفى كثير من الأحيان يكون للموقف الواحد الذى يتعرض له الفرد عوامل مشجعه على الاقتراب منه وأخرى منفرة منه .. وعندما تكون الصفات السلبية والصفات الايجابية على درجة احدة من الأهمية يكون الصراع قويا ويتأرجح الفرد نتيجة لذلك بين الاقدام والاحجام ، فهو عند اقدامه على الهدف المفضل تكبر فى نظره أضرار اقترابه فيبتعد عن الموقف ، وبمجرد ابتعاده تكبر فى نظره ميزاته فيحاول الاقتراب ثانية ويظل هكذا متأرجحا.

- **صراع الاقدام الاحجام المزدوج** : ويتمثل فى وجود هدفين أو أكثر لكل هدف قيم ايجابية وأخرى سلبية ، ولذلك يتأرجح الفرد بين الاقدام والاحجام نحو هذين الهدفين (فهمى : ١٩٦٧، ١١١-١١٤)

واذا كانت الصراعات هى المحور الأساسى للكشف عن ديناميات الشخصية فكيف يحل الفرد صراعاته ؟

يظل الفرد الذى لم يشبع حاجاته (المحبط) فى حالة من التوتر وعدم الراحة ، أو بمعنى آخر يكون فى حالة من عدم التوازن (كما سبق أن أوضحنا)، ولابد أن يقوم ببعض السلوكيات التوافقية لتقليل هذه الحالة من الضغط التى يواجهها حتى يصبح الموقف محتملا بالنسبة له .. وهناك العديد من الأساليب السلوكية التى تسمى أحيانا **ميكانيزمات التوافق أو حيل الدفاع النفسى** أو ردود الفعل الدفاعية التى يستخدمها الفرد عادة اذا فشل فى الوصول الى أهدافه بفعل الصراع أو الاحباط - ومنها : الكبت ، الاسقاط، والتبرير ، والتعويض ، والتقمص (التوحد)، والنكوص ، والاعلاء...الخ. وهذه الميكانيزمات لاشعورية فى الغالب ، ويلجأ اليها كل الناس فى مواجهة المواقف الحياتية الاحباطية والصراعية ، وانما يختلف الأفراد فيما بينهم بالنسبة لنجاحهم فى التغلب على حالة اختلال التوازن وأيضا فى معدل استخدام هذه الأساليب اعتدالا أو اسرافا (الشرقاوى: ١٩٨٨، ١٢٦).

ويرى **علماء التحليل النفسى** : أن الميكانيزمات الدفاعية " قوى كابتة" يستخدمها الأنا لتسد على الدفعات المكبوتة الطريق حتى لاتظهر فى مجال الشعور وتسبب الكدر والألم للفرد.. ويرون أن هناك ميكانيزمات ناجحة وأخرى فاشلة أو مولدة للمرض .. والميكانيزمات الناجحة تتمثل فى الاعلاءSublimation وتصريف الطاقة الى أهداف اجتماعية مقبولة، أما الميكانيزمات الفاشلة فهى التى لاتنجح فيق الاعلاء أو اعادة الاتزان الى الفرد.. وفى حالة الفشل يكون الطريق مفتوحا أمام الأعراض المرضية (كفافى:١٩٩٠،٣٦١).. وفى طليعة الدفاعات الفاشلة النكوص الى مرحلة سابقة من مراحل النمو وهى حيلة شبيهة بما يحدث عندما يعجز الجيش عن مواجهة العدو فيتقهقر حتى يصل الى هذه النقطة من خطوطه التى كان قد ترك عندها فى تقدمه أكبر عدد من قواته (نقطة التثبيت)، ولو عبرنا عن ذلك بلغة التحليل النفسى لقلنا: ان النكوص يكون دائما الى نقطة التثبيت.. وفى الحالة التى ينكص فيها الفرد الى مرحلة من مراحل الطفولة) الأوديبية أو الاستية السادية) فانه يصاب بالعصاب أو المرض النفسى، أما اذا بلغ الشخص فى نكوصه الى المرحلة السابقة على التمايز مابين الذات والعالم الخارجى (بداية المرحلة الفمية) فانه يصل الى الاصابة بالذهان أو المرض العقلى فيلغى العالم الخارجى ، وفى أخطر صور الذهان يصاب الفرد الفصام (القطان: ١٩٧٩، ٦٢)

أما **علماء النفس السلوكيين** فانهم يعتبرون الحيل الدفاعية أساليب سلوكية اكتسبها الفرد حسب قوانين التعلم لتجنب المشاعر الأليمة والمريرة المرتبطة بمواقف الصراع أو الاحباط المثيرة للقلق فى محاولة لتخفيضه فى المواقف التى يتعرض فيها لدرجة عالية من التوتر .. ومن ثم : تثبت هذه الأساليب فى الفرد وتصبح جزءا من نظامه السلوكى اذا نجحت فى تجنيبه المشاعر الأليمة أو التخفيف منها .. ومن بين هذه الأساليب : القمع ، والتجاهل ، واهمال المثيرات المكدرة ، والهرب من المثيرات الخطرة واستبعادها من بؤرة الشعور ، والانشغال بموضوعات أخرى...

فى حين أن **علماء نفس الذات** (وهم أساس التوجه الانسانى فى علم النفس) فيرون أن الميكانيزمات الدفاعية من شأنها حماية الذات من آية أخطار أو تهديدات داخلية أو خارجية (كفافى : ١٩٩٠، ٣٥٩).

وهكذا يتضح : أن المسلمة الأولى التى يستند اليها المنهج الاكلينيكى هى أن الشخصية الانسانية فى حالة ديناميكية مما يحتم الكشف عن الصراعات النفسية وأساليب الفرد للتخفف من التوتر الناشىء عنها .. هذه المسلمة وان كانت الأولى فى الأهمية فانها الأخيرة من حيث مراحل العمل ـ فبدراستنا للوحدة الكلية التاريخية والوحدة الحالية ، يكون بوسعنا أن نبلغ الى الدينامية.

٢ ـ النظر الى الشخصية كوحدة حالية :

فقد كان الاهتمام بالأمراض النفسية فى الماضى يقتصر على مجرد التعرف على الأعراض الخاصة بالمرض فى انعزال عن الشخصية وكأن هذه الأعراض لاتنتسب الى شخص بعينة يعيش فى بيئة بعينها، وفى لحظة بعينها من لحظات تطوره.

أما المنهج الاكلينيكى اليوم فليس للأعراض عنده دلالة أو معنى الا بالرجوع الى الوحدة الكلية للشخصية فى صلتها بالعالم ـ ومعنى هذا : أن النظرة الاكلينيكية لاتقتصر على قطاع أو قطاعات سلوكية بعينها، وانما تضع موضع الاعتبار كافة الأستجابات التى تصدر عن الشخص من حيث هو كائن مشتبك فى موقف .. ومهمة الاخصائى النفسى الاكلينيكى تنحصر فى محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو مكان هذا العرض ضمن وحدة الشخصية ككل ، مما يعنى ضرورة أن تنصب الدراسة على كل مجالات حياة المفحوص (مخيمر: ١٩٧٩، ١٩٩) أى الخصائص الكلية للشخصية ، وتتضمن المعلومات اللازمة لفهم الشخص :

- **المعلومات الجسمية** : وتتضمن ـ المظهر الخارجى العام ، ونمط الجسم، ومفهوم الجسم ، والمهارات الحركية.

- **المعلومات الطبية العامة** ، وأجهزة الجسم وأدائها لوظائفها ، والحواس ووظائفها ، العاهات ، الحالة الصحية العامة والأمراض ، العوامل العضوية المرتبطة بالمشكلة الحالية..
- **المعلومات العصبية** المرتبطة بالمخ والجهاز العصبى وعلاقته بالحواس ، وتحديد أى اضطراب بها.
- **المعلومات العقلية وتشمل** : القدرة العقلية العامة (الذكاء) ، القدرات الخاصة، الاستعدادات والمواهب والابتكارات والتحصيل (الانجاز)، والعمليات العقلية : الادراك ، والذاكرة ، والتخيل، والتفكير ، والانتباه، والمهارات اللغوية.
- **المعلومات الاجتماعية** : توجهات المجتمع الكبير وثقافته وقيمه ومعاييره ، ثم الجماعات التى ينتمى اليها : ابتداء من الأسرة وتركيبها، والعلاقات الأسرية والتنشئة الأسرية داخلها .. المدرسة واتجاهاته نحوها ، وعلاقاته الاجتماعية فيها وأسباب اضطرابه ، فيها ومشكلاته السلوكية، الصحبة وجماعات الرفاق ، ومجال الدين والسلوك الدينى ، القيم والميول ، والهوايات ، والخلفية الاقتصادية والاجتماعية ، والمهنة ... الخ.
- **المعلومات عن الحالة الانفعالية** : الحالة الانفعالية العامة ، مستوى النضج الانفعالى، والاضطرابات الانفعالية ، الصدمات الانفعالية التى تعرض لها، الانفعال المزمن ، الحالة العاطفية ، والحالات الانفعالية الخاصة ...
- **المشكلة أو المرض الحالى** : نوع المشكلة ، وحجمها ، أعراض المرض ومظاهره، وزملة أو تجمع الأعراض ، تاريخ المشكلة : (زهران: ١٩٨٠، ١٣٤-١٥٢).
- **الجهود الارشادية والعلاجية السابقة** ، والتغيرات التى طرأت على الحالة . فكل هذه المعلومات خطوة ايجابية فى سبيل فهم الشخصية مهما كليا فى اطار علاقات الفرد وجوانب حياته .. (وهذا ما سوف نفصل الحديث فيه عند تناولنا لدراسة الحالة).

٣ ـ الشخصية كوحدة كلية تاريخية زمانية :

تنحصر المسلمة الثالثة فى ضرورة تناول الشخصية فى وحدتها التاريخية .. فاستجابة الشخصية بازاء موقف حالى مشكل لايمكن أن تتضح دلالتها الا فى ضوء تاريخ حياة الشخص ، ليس فقط بالنسبة لماضيه ، بل وايضا بالنسبة لاتجاهه نحو المستقبل .. فالتشخيص يستهدف الامساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشرى، هذا الذى ينحصر وجوده فى دينامية بسبيلها الى التطور ، وكينونة فى صيرورة (القطان : ١٩٧٩: ٦٥)

وتعتمد هذه المسلمة على ركيزتين :

ـ دراسة تاريخ الحالة Case history : أن ما يطلق عليه أحيانا "تاريخ الحياة life history "هى موجز لتاريخ الحالة كما يكتبه الشخص ، وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى .. ويتناول دراسة مسحية طولية شاملة للنمو منذ وجوده ، والعوامل المؤثرة فيه ، وأسلوب التنشئة الاجتماعية ، والخبرات الماضية ، والتاريخ التربوى والتعليمى والصحيى، والخبرات المهنية، والمواقف التى تتضمن صراعات ، وتاريخ التوافق النفسى ، وتاريخ الأسرة بطريقة شاملة وموضوعية بقدر الامكان.. ومما يجب عمل حسابه : التأكد من معلومات تاريخ الحالة لأن بعضها قد يتأثر بعامل الزمن والنسيان فلا يكون دقيقاً ..

هذه الدراسة لتاريخ الحالة يعتبر بمثابة قطاع طولى لحياة الفرد ، يقتصر على الماضى ويختص فقط بماضى الحالة (وان لم يخل الحال من نظرة على الحاضر وتطلع الى المستقبل ، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات).. أنها دراسة تتبعية لحياة الفرد.

ـ تطلعات المستقبل : والى جانب دراسة تاريخ الحالة : فان التحليل الاكلينيكى للحالة لن يكتمل بدون الحصول على معلومات عن تطلعات الفرد الى المستقبل .. ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات من كتابته ووصفه للشخص المثالى الذى يود أن يكون فى المستقبل بآماله ومطامحه (بعد عشر سنوات مثلا)..

وتفيد تطلعات المستقبل فى المطابقة بين حاضر الفرد ونظرته المستقبلية الى نفسه أى الى ذاته المثالية ومدى التطابق بين الاثنين ، ومدى الرضا بالوضع الراهن ، والتوافق النفسى والصحة النفسية (زهران: ١٩٨٠، ١٧٩-١٨٠)

يترتب على هذه المسلمات الثلاث أن يكون لب المنهج الاكلينيكى هو المقابلة الشخصية التى نمسك فيها ليس فقط بتاريخ الحالة ، وبمختلف المجالات الحالية لحياته، بل وأيضا بما تكون عليه استجابات المفحوص فى هذا الموقف الحيوى هنا والآن وهذا ما سوف نعرض له فى حينه.

التعارض بين المنهج القياسى والاكلينيكى

ليس من شك فى أن علم النفس قد أحرز منذ بداية ق ٢٠ تقدما هائلاً فى طرئفه التجريبية وأدواته السيكومترية التى تقوم على المقاييس المقننة .. وأصبحنا اليوم نجد أننا أمام عشرات الآلاف من مختلف المقاييس المقننة والاستبيانات وسلالم التقدير والقياس لمختلف جوانب الشخصية ، والقدرات والاتجاهات والميول والقيم ... الخ .. وعلى الرغم من تعدد هذه المقاييس وتنوعها فانها تظل قاصرة أمام تعقد الكائن البشرى وثراء امكانياته ـ ومن ثم : فقد وجهت لهذه المقاييس المقننة الكثير من الانتقادات التى تجعلها قاصرة عن أداء وظيفتها فى سبر أغوار الشخصية الانسانية ـ ومن هنا : بدأ الطريق ينفتح مباشرة أمام المنهج الاكينيكى ليسد الثغرة فى قصور المقاييس المقننة فى أداء وظيفتها.

ومن الانتقادات التى وجهت الى المقاييس المقننة ما يلى:

١ ـ المقاييس المقننة متحيزة ومضللة:

فالمقاييس المقننة تستجوب الشعور، والشعور ـ كما نعلم ـ جزئى ومتحيز، وبالتالى لاينطوى على الحقيقة ، ومن هنا تأتى النتائج مضللة وعبثا لاطائل منها .. وهناك أمثلة كثيرة عى ذلك ـ منها :

ـ ما تكشف عنه المقاييس المقننة من أن الذين يتعاطون المخدرات ينعمون بمستوى مرتفع من الرضا عن النفس وعن الحياة .. ولو كان هذا صحيحا لما كان

هناك ما يدفعهم الى تعاطى المخدرات .. وعلى عكس ذلك : تكشف الدراسة الاكلينيكية وخاصة فى صورتها الممعنة ونعنى التحليل النفسى - عن وجود أرضية اكتئابية عند المدمنين ، وأنهم يحاولون التغلب على هذا الاكتئاب بتعاطى المخدرات التى تعفيهم من الوعى.

- ومثال آخر : قد نلتقى بزوجة تشكو مر الشكوى من قسوة زوجها وعنفه ، ومع ذلك ترفض الانفصال عنه بحجة المحافظة على أولادها منه .. وتمضى السنوات ويموت الزوج ، فاذا بها بعد شهور تتزوج من رجل آخر أشد قسوة وعنفا من زوجها الأول الذى توفى ... مثل هذه الزوجة سوف تكشف فى أى مقياس مقنن عن ذروة السخط وعدم التوافق الزواجى ، بينما تكشف الدراسة الاكينيكية عن أنها فى حقيقة الأمر تشبع مازوخيتها الأنثوية وتشعر من أعماقها بالرضا عن زوجها بسبب قسوته وعنفه.

٢ - المقاييس المقننة تكشف عن أوجه جزئية للشخصية :

المقاييس المقننة بكل صورها ، وان اتسمت بالتقنين الكمى الذى يكسبها مظهر الدقة والموضوعية فى تقديمها للنتائج فى صورة رقمية تسهل مقارنتها احصائيا الا أنها مع ذلك تقتصر على تحديد أوجها جزئية للشخصية دون أن تقيم حسابا للشخصية من حيث هى وحدة كلية حالية ، ووحدة كلية زمانية ، وقوى تتمخض صراعاتها عن محصلات هذه المسالك والميكانيزمات الدفاعية.

وعلى سبيل المثال : فعند تطبيق المقياس الخاص " بالمهارة اليدوية" على واحد من أشهر الجراحين كشف المقياس عن انخفاض درجة المهارة اليدوية ، مما يدل على انعدام المهارة اليدوية لديه .. ولما كان واقع حياته كجراح ماهر ومشهور يقدم الدليل القاطع عن زيف القياس ، وجد علماء النفس أنفسهم مضطرين لتفسير هذه الظاهرة بابتداع ما أسموه " بحشد القدرة "بمعنى أن الجراح قد حشد كل مهاراته اليدويه فى مجال الجراحة فخلت من هذه المهارة كل المجالات الأخرى... وفى هذا - ولاشك مارينا ضرورة النظر الى الشخصية كوحدة حالية تنطوى على مجالات عديدة يتحتم دراستها جميعا قبل الانتهاء الى شىء ينطوى على قيمة علمية.

٣ ـ المقاييس المقننة تنظر الى الفرد على أنه مجرد حاصل جمع:

فالمقاييس المقننة تعطى الفرد درجة معيارية تمكننا من تحديد مكانه بالنسبة للآخرين من زاوية قدرة ، أو اتجاه ، أو ميل ، أو سمة شخصية ...الخ دون أن تسمح لنا بأى حال بالبلوغ الى فهم هذا الفرد من حيث هو حامل مشكلة.

وعلى سبيل المثال : كشفت اجابات مفحوص فى استبيان للتوافق عن توافقه فى (٩٩) سؤالا من بين المائة سؤال التى يتضمنها الاستبيان ، وهو بذلك يكون فى أعلى مستويات التوافق ... ومع ذلك تكشف اجابته عن السؤال رقم (١٠٠) عن وجود "نيكروفيليا" لديه وهى تعنى أن اتصالاته الجنسية قاصرة على جثث النساء اللاتى توفين حديثا ، مما يشير الى قمة الشذوذ الجنسى.

وعلى هذا الأساس : فان العالم السيكومترى يقيم تشخيصه على الغالبية ويغفل تماما الاجابة عن السؤال الأخير ، بينما الاكلينيكى لايقيم تشخيصه الا على السؤال الأخير.. فالسيكومترية تقوم عى معيار واحد هو "التواتر" أى عدد مرات التكرار ، أما الاكلينيكية فلا يعنيها التواتر فى شىء" فالخطيب الذى استمر يخطب محبوبته سنتين مثلا ، وأصبح يثق ثقة عمياء فى سلوكها الذى لايرتفع اليه غبار ، يكفيه مرة واحدة أن يراها فى نهاية هذه الفترة بين ذراعى رجل آخر لكى تنهار ثقته ويفسخ خطبته منها".. ان مثل هذا الرجل يرفض هو الآخر منطق التواتر فى تشخيصه ، ويرفض النظر الى الشخصية على أنها مجرد حاصل جمع.

٤ ـ المقاييس المقننة لاتضع فى حسابها دينامية الشخصية وصيرورتها :

فالطريقة السيكومترية لاتضع فى حسابها الدينامية والصيرورة ، وما ينطوى عليه الوجه الواحد الذى تقيسه من امكانيات كامنة مضمرة يمكن أن تتضح فى المستقبل.

ولقد أوضح "مخيمر" فى كتابه : مفهوم جديد للتوافق : أن كل اختبارات التوافق مثلا تتخذ من خفض التوتر هنا والآن معيارها الوحيد ، وبذلك تغفل الجنبات الايجابية التى يمكن أن تغير اللوحة التشخيصية تماما فى المستقبل القريب ..

فصميم الكائن البشرى هو ديناميه بسبيل التطور ، وكيان فى صيرورة ، مما يعنى استحالة تشخيص الحاضر دون أن نضع فى اعتبارنا ما كان عليه فى الماضى ، وما يحتمل أن يكون عليه المستقبل .. وكم من شخص يبدو الآن غارقا فى مشكلاته ، ولكنه ينطوى على الكثير الذى يبشر بمستقبل زاهر .. وكم من فرد يبدو متألقا هنا والآن ، بينما لاينطوى على شيء بالنسبة للمستقبل ، وربما ينطوى على أشياء تؤكد انهياره الوشيك.

المنهج الإكلينيكى ودراسة الحالة

يتضح مما تقدم أن فنيات ومناهج التشخيص السيكولوجى فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض وذلك بواسطة أخذ عينات مناسبة من تاريخه الماضى وأدائه الحاضر بغية الوصول الى صيغة تشخيصية تصلح فى آن معا أن تكون أساسا انذاريا أى تقديرا للاتجاه المرجح مستقبلا ، وأن تكون عونا على انتقاء الوسائط العلاجية المناسبة ... وتحقيقا لهذه الأهداف فقد اعتمد علم النفس الاكلينيكى منهج دراسة الحالة باعتباره المنهج الرئيسى للدراسة الاكلينيكية .. والتى تعتمد على فنيات رئيسية أهمها:

- الملاحظة الاكلينيكية.
- دراسة تاريخ الحالة.
- المقابلة التشخيصية.
- الاختبارات النفسية.

وغيرها من الفنيات التى سوف نتناولها بالتفصيل فى الباب الثانى من هذا الكتاب والتى تتكامل معطياتها مع بعضها فى توضيح الصورة الإكلينيكية للحالة .. وسوف نعرض فيما يلى لمفهوم دراسة الحالة وأهدافها ومصادر المعلومات فيها ، وصولا للتقرير السيكولوجى ، ثم نعرض للطرق الفنية المذكورة.

تعريف دراسة الحالة:

تستخدم دراسة الحالة Case study فى ميادين متعددة منها : دراسات النمو ، والخدمة الاجتماعية ، والارشاد والعلاج النفسى .. ولقد أخذ علم النفس الاكلينيكى

مصطلح دراسة الحالة من الطب النفسي والعقلي ، وعم استخدام هذا المصطلح بالرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" في الاشارة الى كائن انساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي.

ودراسة الحالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أ كبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة (زهران: ١٩٨٠، ١٧٨)... وبذلك تعرف دراسة الحالة بأنها : الاطار الذى ينظم ويقي م فيه الأخصائي الاكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق : الملاحظة ، والمقابلة ، والتاريخ الاجتماعي ، والسيرة الشخصية ، والاختبارات السيكولوجية ، والفحوص الطبية ... الخ. "

أهداف دراسة الحالة فى العمل الاكلينيكى:

تستهدف دراسة الحالة فى العمل الاكلينيكى ما يلى :

١ - **فهم الأسباب المؤدية الى اصابة الفرد بمرض نفسى أو عقلى :** فدراسة الحالة هى المجال الذى يتيح للأخصائى النفسى الاكلينيكى الفرصة لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن المريض وعن مشكلاته حتى يتمكن من اصدار حكم نحو الحالة وأسباب الاصابة.

٢ - **وضع الفروض التشخيصية :** فدراسة الحالة وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل ، أو الدراسة المفصلة للفرد فى حاضره وماضيه ومن ثم فانها أداة قيمة تكشف للأخصائى النفسى الاكلينيكى وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالى .. وهى خطوة أساسية فى العمل الاكلينيكى لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمى منظم، وهذا يساعد الأخصائى على وضع الفروض الأولية التى يحاول فيما بعد اختبار صحتها بناء على خبراته التشخيصية السابقة (الزيادى : ١٩٦٩، ١٣)

٣ - **وضع التوصيات العلاجية :** اذا كان الهدف الرئيسى لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتنظيمها وتلخيصها

ووزنها كلينيكيا أى وضع وزن سيكولوجى كلينيكى لكل منها .. فقد تكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كلينيكى أثقل من الوزن الكلينيكى لعشرات المعلومات الأخرى (زهران : ١٩٨٠، ١٧٩) فانها بذلك تقدم صورة مجمعة للشخصية ككل أو الدراسة المفصلة للفرد فى حاضره وماضيه مما يساعد على الوصول الى فهم أفضل للفرد وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها واتخاذ التوصيات الارشادية أو التخطيط للخدمات العلاجية اللازمة.

مصادر المعلومات فى دراسة الحالة:

ان دراسة الحالة كطريقة لجمع المعلومات والاحاطة الشاملة بتفاصيل حالة المريض تستقى بياناتها من مصادر عديدة أهمها :

١ ـ المريض :

يعتبر المريض واحدا من أهم مصادر المعلومات فى دراسة الحالة ، بل انه فى كثير من الأحيان يعتبر أفضل مصدر للمعلومات ، فليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه ، وليس هناك من هو أقدر منه على وصف مشاعره ومشكلاته (زهران : ١٩٨٠ ، ١٢٩) .. ويمكن أخذ المعلومات من المريض عن طريق :

أ ـ المقابلة : interview حيث تتم مناقشة المريض شخصيا عن طبيعة المشكلات وظروفها ، وسؤاله عن مشاعره ورغباته واتجاهاته واحباطاته .. والميزة الأساسية لاستخدام هذه الطريقة فى العمل الاكلينيكى هى أنها تكشف للأخصائى عن تاريخ الحياة كما يعيشها المريض ـ خاصة اذا كان المريض عميلا سهلا يكشف عن ذاته بسهولة ، وكان بمثابة كتاب مفتوح يقرأ الأخصائى النفسى كل ما فيه من معلومات .. الا أنه فى كثير من الأحيان ـ نظرا للحالة المرضية ـ قد لايكون المريض واعيا لبعض الجوانب من تاريخ حياته ، أو المشكلة التى يعانى منها : فقد تكبت بعض الذكريات لما يرتبط بها من شحنات انفعالية ، وقد تحرف بعض المعلومات عن قصد هروبا من المشكلة ودفاعا عن الذات، أو قد يراعى عامل المقبولية الاجتماعية social desirability فتدافع عن نفسه فى موقف

آمن لايحتاج الى دفاع... وفى كل الحالات : ينبغى على الأخصائى الاكلينيكى أن يتقبل عرض المريض لشكواه كما هى ، وأن يشجعه على الاستمرار فى حديثه.. ولذلك يجب تسجيل شكوى المريض كما يعرضها، وتقصى تاريخ المرض من حيث بدايته وعلاقته بالأحداث فى تاريخ حياة المريض ووسائل مواجهته للمرض.

ب ـ السيرة الشخصية : autobiography وهى بمثابة التقرير الذاتى عن السيرة الشخصية أو هى قصة الحياة أو رواية الحياة التى يكتبها الفرد عن ذاته أو عن نفسه وتتناول قصة حياته فى الماضى والحاضر وتاريخه الشخصى والأسرى والجنسى ، والخبرات والأحداث الهامة حلوها ومرها، والمشاعر والأفكار والانفعالات والميول والهوايات والأهداف والمطامح والآمال وخطط المستقبل وفلسفة الحياة .. وأسلوبها ، والمشكلات والاحباطات والصراعات ومستوى التوافق والعلاقات الاجتماعية فى الأسرة والعمل، والاشخاص المهمين فى حياته...الخ.

هذا ــ وتكون السيرة الشخصية فى صورة كتابة مباشرة بالقلم ، أو مفكرات شخصية تحوى أوجه نشاطه ومواعيده وعلاقاته أو مفكرته الشخصية اليومية ، ومنها المذكرات اليومية التى تشمل البرنامج اليومى خلال الـ ٢٤ ساعة، ومنها المذكرات الخاصة عن أحداث أو مشكلات معينة ، ومنها المستندات الشخصية الخاصة بخبرات هامة فى حياة الفرد ، والخطابات الشخصية، ومنها الانتاج الأدبى والفنى...

ومن مميزات السيرة الشخصية للفرد : أنها تيسر الحصول على معلومات كلينيكية غنية عن الجانب الخفى من حياة المريض وشخصيته الذى يستعصى على الوسائل الموضوعية كالاختبارات (مثلا)، والذى لايمكن للمريض اظهاره فى المقابلة وجها لوجه ، وتتيح الكتابة فرصة التنفيس الانفعالى والتخلص من التوتر وزيادة الاستبصار بالذات (زهران : ١٩٨٠، ٢١٤-٢٢٠)

٢ ـ **الاختبارات السيكولوجية :**

وتعتبر نتائج الاختبارات النفسية من المصادر الهامة للحصول على البيانات الكمية والكيفية عن المريض ، وتحديد ذكائه وقدراته واستعداداته ، وتقييم سلوكه الشخصى وميوله واتجاهاته وتوافقه النفسى وصحته النفسية .. كما أنها تكشف للأخصائى الاكلينيكى عن المحتوى العقلى للفرد ، وعن الخلفية الثقافية وعن الجماعة التى ينتمى اليها ، كما تبين درجة اتصاله بالبيئة، بالاضافة الى أنها تكشف عن وعية وذاكرته ، وقدرته على فهم المواقف المختلفة ، وتعبئة وظائفه العقلية لحل المشكلات التى تواجهه فى بيئته .. واستخدام الأخصائى النفسى الاكلينيكى للاختبارات السيكولوجية له أهداف أخرى منها :

١ ـ التعرف على استجابة المفحوص أثناء الاختبار: التى قد تكون صورة لاستجابته لمواقف المختلفة التى تواجهه فى حياته.

٢ ـ أن نتيجة الاختبار تساعد على القيام بمقارنة صحيحة بين المريض وغيره من الأفراد الآخرين.

٣ ـ اتاحة الفرصة لأخصائى النفسى لملاحظة سلوك المريض أثناء الاختبار (الانتباه، الرغبة، المعارضة، فهم التعليمات، الاستجابة...)، وكثيرا ما تساعد معرفة ذلك السلوك على الكشف عن اسباب المشكلة.

٤ ـ من خلال الاختبارات يستطيع الاخصائى النفسى الاكلينيكى التوصل الى كتابة التقرير السيكولوجى عن الحالة .. وهذا التقرير يعنى : تقديم صورة كلية وافية عن شخصية المريض، مما يساعد على الفهم العميق لجوانب شخصيته ومشكلاته.. بتقديم التقرير بالشكل الذى يمكن للجهات المختصة أن تفهمه، وبالتالى يمكنها من مساعدة المريض وارشاده بأفضل أساليب التعامل والعلاج.

٥ ـ يسجل الاخصائى استجابات المريض وكل ما يصدر عنه من كلمات وحركات وتعبيرات انفعالية ى اطار كلى منسق ، مبينا ما تتضمنه اجابات المريض من

عبارات وكلمات، الى جانب الحركات والتعبيرات التى لها دلالات اكلينيكية هامة تفيد فى الكشف عن الجوانب العديدة من شخصيته.

وبذلك : تعتبر الاختبارات من أسرع الوسائل فى الكشف عن الشخصية وأكثرها موضوعية ، وتعطى تقديرا معياريا يكشف عن نقاط قوته وضعفه ، ويمكن استخدامها فى قياس مدى التقدم أو التغير الذى يطرأ على الحالة خلال فترة العلاج ، وتعتبر وسيلة فعالة فى التقييم والتصنيف والاختيار واتخاذ القرارات والتنبؤ المبنى على معلومات كمية أكثر صدقا وثباتا من التقديرات الكيفية ، كما أنها تتيح الفرصة للأخصائي النفسى لملاحظة سلوك المريض، ومدى اقباله على الاجابة على فقرات الاختبار أو رفضه لها أو تركه بعضها ــ وهذا كله له أهميته فى عملية التشخيص.

غير أن الاختبارات يعيبها أنها قد يساء تفسير درجاتها .. وقد ينبهر البعض بها ويعتقدون أنها غاية المراد ويحرفونها كهدف فى حد ذاته بطريقة روتينية وبدون هدف محدد (زهران: ١٩٨٠، ١٩٢-١٩٣)

٣ - السجلات والوثائق المأخوذه من مصادر المجتمع :

وهى تلقى الضوء على التاريخ الشخصى للفرد ، ويمكن الحصول منها على البيانات التاريخية التى تعد سجلا لتاريخه الارتقائى وانعكاساته فى انجازاته ، وخصائصه الشخصية ومن ثم يتعين دراسة الوثائق والسجلات التى لها دلالتها بالنسبة للمريض خاصة الوثائق الخاصة بالأسرة والهيئات التربوية ، والمؤسسات الاجتماعية التى يمكن الاستعانة منها بمعلومات عن المريض وأسرته ومشكلاته الاجتماعية السابقة والمساعدات التى يتلقاها ، الى جانب جهات العمل ، ومكاتب العمل وتشغيل الشباب ، ومنظمات رعاية الشباب ، والنوادى الرياضية ، وجماعات الكشافة والجوالة التى يتعامل معها المريض ويقضى فيها وقت فراغه ، ونوادى ومراكز خدمة البيئة، ثم المحاكم والسلطات التنفيذية : كمحاكم الأحداث أو مراكز الشرطة اذا كان المريض قد تردد عليها.. بالاضافة الى وثائق وسجلات

المستشفيات والعيادات النفسية التى تكشف عن نشأة وتطور المرض ، ومعرفة التسلسل الزمنى له والمراحل التى مر بها .. وما الى ذلك .

وهكذا : فان الوثائق والسجلات المأخوذة من مصادر المجتمع المختلفة تكشف أسباب الاضطراب النفسى عند المريض ، والمقارنة بين الخصائص المزاجية والسلوكية قبل وبعد المرض، وكذلك الأعراض الهامة التى تعرض لها ، والمواقف التى نشأت فيها مشكلات المريض ، ومعرفة استجاباته للمواقف الماضية اذا كانت تتشابه مع الموقف الذى استثار المرض الحالى ، وذلك من أجل تبين العوامل المساعدة التى هيأت لظهور المرض سواء كانت اجتماعية أو نفسية ..

٤ ـ المعلومات من الآخرين:

ومنهم الوالدان ، والاخوة ، والأقارب لأنهم يعرفون عنه الكثير عن كثب، وقد يكونون عوامل مسببة لبعض مشكلاته ، ويمكن الحصول منهم على معلومات قيمة .. كذلك يتم الحصول على معلومات من أصدقاء المريض الذين يقضى معهم أوقاته ، فهم يعرفون عنه الكثير مما لايعرفه الوالدان والاخوة .. كذلك يمكن الرجوع الى أخصائيين آخرين مثل : المدرسين، والأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس ، والأطباء ، ثم بعض الراشدين فى المجتمع كالمسئولين ... وغيرهم.

وعلى الرغم من أن هذا المصدر لايتم اللجوء اليه الا عند الضرورة القصوى حفاظا على أسرار المريض وعدم كشف مشكلاته أمام أشخاص ربما لايرغب المريض فى معرفتهم بمعاناته ـــ الا أن هؤلاء يمكن أن يكشفوا عن الكثير من البيانات الاجتماعية الخاصة بالتاريخ الاجتماعى للحالة والظروف العائلية ، ودخل الأسرة ، وتأثير اتجاهات الوالدين فى نشأة مشكلات المريض، واتجاهاته نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والجسمية ، وهل توجد اضطرابات عقلية فى العائلة سواء كان فى الماضى أو فى الحاضر..

٥ ـ الفحوص و منها:

ـ **الفحص النفسي** : للتعرف على الأمرض النفسية السابقة ، والأمراض **النفسية في الأسرة** ، والقدرات العقلية ، وسمات الشخصية واضطراباتها، وتحديد الأسباب والأعراض النفسية للمشكلة أو المرض ، ومظاهر التوافق.

ـ الفحص الطبى : ويقوم به الممارس العام وبعض الأخصائيين: ويتناول التعرف على الأمراض الجسمية ، والعمليات الجراحية السابقة ، والأمراض الجسمية فى الأسرة ،والاصابات والجروح ، والعاهات ، والحالة الصحية العامة ، وفحص أجهزة الجسم والحواس ، والعوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية ، مع اجراء فحوص طبية متخصصة حسب الحالة مثل : فحص الدم والبول والأمصال والأشعة السينية والرسم الكهربى للقلب.

ـ الفحص العصبى : ويقوم به متخصص يستفسر عن آخر فحص عصبى وتحديد الاصابات ان وجدت فى المخ والأعصاب المخية والأعصاب النخاعية الشوكية ، وفحص الجهاز العصبى الذاتى ، والاحساس .. مع الاهتمام بالفحوص العصبية المتخصصة اذا لزم الأمر : كالفحص المنظارى للعين ، وقياس المجال البصرى الخارجى ، والأشعة السينية للجمجمة والعمود الفقرى ، والتصوير الاشعاعى للمخ ، والحبل الشوكى ورسم المخ وفحص السائل المخى الشوكى اذا لزم الأمر ... أيضا.

الباب الثانى

فنيات التشخيص الإكلينيكى

الفصل السادس : تاريخ الحالة.

الفصل السابع : المقابلة الإكلينيكية.

الفصل الثامن : الإختبارات والمقاييس النفسية

الفصل التاسع : الإختبارات الإسقاطية

الفصل السادس

تاريخ الحالة

تعريف تاريخ الحالة :

تاريخ الحالة "Case history" أداة تطشف لنا وقائع حياة شخص منذ ميلاده حتى الوقت الحاضر" (الزيادى: ١٩٦٩) – ويعتبر الخطوة الأولى فى العمل الاكلينيكى لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمى منظم.

ويخلط الكثيرون بين مصطلحى دراسة الحالة وتاريه الحالة ـ والفرق بينهما أن دراسة الحالة هى عملية جمع المعلومات التى يتم الحصول عليها فى الوقت الحاضر عن المريض باستخدام المقابلات الاكلينيكية ونتائج الاختبارات النفسية وغيرها من الوسائل، ثم استخدامها اكينيكياً (عباس: ١٩٨٣)، أما تاريخ الحالة: فيعنى كافة المعلومات التى نجمعها عن المريض، أى تاريخ المرض الحالى، والأمراض التى تشكل التاريخ الطبى للمريض، كما أنها موجز لتاريخ الفرد كما يكتبه وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى، ويتناول دراسة مسحية طويلة شاملة لنمو الفرد منذ وجوده، والعوامل المؤثرة فيه، وأسلوب التنشئة الاجتماعية، والخبرات الماضية، والتاريخ التربوى والتعليمى، والخبرات المهنية، والمواقف التى تتضمن صراعات نفسية، وتاريخ التوافق النفسى والأسرى بطريقة شاملة وموضوعية بقدر الامكان.

ومن ثم: يعتبر تاريخ الحالة جزء من دراسة الحالة .. والفرق بينهما هو أن دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد يركز على حاضره الراهن، بينما تاريخ الحالة فانه يعتبر قطاع طولى لحياة الفرد يقتصر على الماضى ويختص فقط بماضيه، فهو دراسة تتبعية لحياة الفرد (زهران: ١٩٨٠، ١٧٩).

أهمية تاريخ الحالة:

تاريخ الحالة أداة قيمة للأخصائى النفسى الاكلينيكى خاصة فى المرحلة التشخيصية وذلك على النحو التالى:

١ – تاريخ الحالة يساعد الأخصائى الاكلينيكى على فهم سلوك المريض فى صورة تطويرية: فلكى نفهم الاضطرابات الحالية للمريض، علينا أن نفحص خبراته السابقة فى مراحل طفولته .. ويعد " فرويد " أول من نبه الى أن المشاكل العصابية لها جذورها دائما فى تاريخ الفرد وخاصة فى طفولته – فكل توافق عصابى : أنما يأتى به الفرد من ماضيه .. ومن ثم : فلابد لنا عند دراسة البناء النفسى للمريض أن نربط هذا البناء بتاريخه الأول، ونفهم طبيعته، ونجعل المريض يستبصر هو بالأسباب الأولى والحقيقة لتركيبه المرضى وذلك بربط خبراته الطفلية الصادمة بمشكلاته الحالية .. وهكذا نستطيع أن يفهم العملية الطويلة المؤلمة التى تشكل من خلالها حتى أصبح الانسان الذى نعرفه الآن .. معنى ذلك أن ربط الأحداث الصادمة الهامة لسنوات الطفولة بالعصاب اللاحق عمل له قيمته الكبرى فى التشخيص وفى النجاح العلاجى.

٢ – تاريخ الحالة يساعد الأخصائى النفسى أن يضع عليه الفروض الأولية التى يحاول فيما بعد اختبار صحتها باستخدام الوسائل التشخيصية الأخرى التى تدرب عليها – كتفسير نتائج الاختبارات النفسية – ذلك أن نتيجة أى اختبار لايمكن أن تقف وحدها، والافقدت معناها .. فاستجابة المريض فى اختبار تفهم الموضوع مثلاً لايمكن أن تفسر الا على السياق النفسى التاريخى للمريض.

٣ – تاريخ الحالة يقلل من أخطاء التشخيص التى تنجم على استجابة الفاحص للمظهر الخارجى الزائف للمفحوص ويقلل من تلك الأخطاء التى تنجم أيضاً عن الأفكار المسبقة والنظريات التى يؤمن بها الفاحص دون أن يكون له صدقاً عملياً.

٤ - تاريخ الحالة يلقى الضوء على العوامل الوراثية والتاريخ الصحى للأسرة: وهذا التاريخ يساعدنا على أن نستوضح بعض المشكلات الغامضة فى التشخيص.. فأحيانا ما يختلط الأمر بالنسبة لبعض الأعراض، وهل هى ترجع الى أصل وظيفى أو إلى أصل عضوى ــ ولكن عندما نتتبع بداية ظهور الصورة المرضية فان ذلك يساعدنا على وضوح الرؤية .. فاذا كانت الأعراض موجودة منذ سنوات فى شكل تطورى دون أن تكون هناك ظروف مادية فى البيئة المحيطة بالمريض، فاننا نميل الى القول بوجود أصل وظيفى، أما اذا كانت الصورة المرضية مفاجئة ــ أى أن شخصية المريض تغيرت فجأة وبسرعة، فهذا يوحى بوجود أصل عضوى للمرض (الزيادى: ١٩٩٦).

صعوبات تاريخ الحالة وحدوده:

دراسة تاريخ الحالة محفوف ببعض المصاعب منها:

- ضيق الوقت أحيانا: فمن الممكن ألا يتسع لنا الوقت لاستيفاء كل المعلومات اللازمة.

- ضيق الحصوص على أشخاص يمدون الأخصائى النفسى بمعلومات عن المريض: فالحصول تاريخ دقيق وكامل للحالة يعتمد على تعاون المريض واللأشخاص المحيطين به معه.

- صعوبة اعادة بناء تاريخ الفرد: إذ قد يصعب على الأخصائى أن يحصل على تسجيل صادق فى تسلسل لوقائع حياة المريض ــ وذلك لأننا نعتمد على ذاكرة المريض ووالديه ومدرسيه وأصدقائه .. وبناء عليه: فتاريخ الحالة ليس وثيقة ثابته تماماً ــ ولذلك وجب علينا أن نقارن المعلومات التى تقدم لنا ببعضها حتى نكتشف ما بها من تناقض أو كذب.

- عند وضع خطط لمستقبل المريض أو وضع توصيات بشأنه ــ فيجب أن نضع فى اعتبارنا أن تاريخ الحالة لا يمكن أن يكون كافيا للوصول الى هذا الهدف ــ بل تاريخ الحالة يوجهه عملنا فة البداية ويساعدنا على اختيار

أدواتنا الاكلينيكية، ويمكننا من وضع فروضنا المبدئية التى نحاول فيما بعد التحقق من صحتها باستخدام الأساليب الأكلينيكية الأخرى.

بيانات تاريخ الحالة

١ - التسجيل:

عندما يذهب أى فرد إلى أخصائى نفسى أو إلى عيادة نفسية أو مصحة للصحة النفسية ـ فلابد فى البداية من تسجيل بياناته المبدئية .. والتسجيل بمثابة تصريح الأخصائى النفسى بالدخول الى العالم الخاص لهذا الشخص ..

ويقوم بعملية تسجيل البيانات المبدئية الأخصائى النفسى أو الاجتماعى أو أى موظف مختص بهذه العملية ـ ويفضل أن يسجل البيانات نفس الأخصائى الذى يقوم باجراء المقابلات التشخيصية التالية حتى لا يشعر المريض بالحرج والخجل، ويشعر بالسرية، ويتمكن من اقامة علاقة انفعالية تساعد على علاجه.

وتشمل بينات التسجيل:

- تاريخ اليوم، واسم الفاحص.
- اسم المريض، وجنسه، وتاريخ ميلاده، وحالته الاجتماعية، وعنوانه ورقم تليفونه، وديانته، وعمله (أو مستواه الدراسى)، وأن لم يكن طالبا يذكر آخر مستوى تعليمى وصل اليه.
- بيانات عن الوالد أو ولى الأمر، وعنوانه ورقم تليفونه.
- المشكلات الأساسية التى يشكو منها المريض، وبداية ظهورها، والظروف التى ساعدت على ظهورها، والأجراءات التى اتخذت، والتغيرات التى ظهرت مع محاولة حلها.
- تاريخ آخر فحص طبى ونتائجه، واسم الطبيب الذى أجراه.

ـ وأخيراً : انطباعات الأخصائى عن المريض وحالته المزاجية.

ويلاحظ عند التسجيل:

* أن بعض المرضى يرفضون ذكر عنوان ولى الأمر أو أى شخص آخر خوفا من الاتصال بهم، ولذلك يتعين على الأخصائى أن يؤكد للمريض أنه لن يتصل بأى شخص بشأنه الا إذا صرح المريض نفسه بذلك .. وعلى كل فان هذا الرفض من ناحية المريض علامة لها معناها يجب أن يلاحظها الأخصائى.

* أن تسجيل المشكلة ليس وصفا تفصيليا لها، وانما عرضا مختصراً لها لما يشكو منه المريض ـ غير أنه يلاحظ:

ـ فى كثير من الحالات تعرض على الإكلينيكى المشكلة كما يتصورها الآخرون (مثل الوالدين فى حالة الأطفال)، أو يقدم المريض نفسه (خاصة العصابى) مشكلة زائفة كى يختبر بها درجة صدق اهتمام الاكلينيكى بحالته ـ وفى مثل هذه الحالات يجب ألا يشك الأخصائى فى صدق ما يعرضه المريض من مشكلات: لأن ذلك قد يؤدى بدوره الى تشكك العميل فى صدق رغبة المعالج فى مساعدته، أو الى شعوره بالنقص (ملكية، ١٩٨٠، ٨٥ -٨٦).

ـ إذا أراد المريض الاسترسال فى وصف مشكلته: فيجب عدم مقاطعته (خاصة إذا كان القائم بالتسجيل هو الأخصائى الاكلينيكى) .. أما إذا كان القائم بالتسجيل موظفا أو سكرتيراً مختصاً بعملية التسجيل فيجب أن ينبه المريض الى أن يقوم يقوم بالوصف التفصيلى لمشكلته مع الأخصائى المعالج.

* ويجب ملاحظة: أن بطاقة التسجيل يجب أن توضع فى ملف المريض ولا يجوز الاطلاع عليها الا من شخص مسئول أو ولى أمره بخصوص حالته وامكانيات نجاح علاجه ـ وهنا يجب أن يؤكد الأخصائى بأن الفحوص النفسية والطبية سوف تكشف عن حالته، وأنه سوف يناقش مع المريض كل اجراء بصراحة

ووضوح ..ويذكر:أن كثيراً من الناس يستفيدون من الخدمات النفسية المقدمة، وأن الأخصائيين سوف يبذلون كل ما فى وسعهم لمساعدة المريض على حل مشكلاته (الزيادى: ١٩٦٩).

٢ - تاريخ النمو:

عادة ما تجمع بيانات تاريخ نمو الحالة من الأباء، وتكون الأم هى أفضل من يستطيع أن يدلى بها بدقة، لأنها الأكثر التصاقا بالابن فى مراحل نموه الأولى.. ويفيد تاريخ النمو فى توضيح الدور الذى لعبته العوامل العضوية فى رسم الصورة الحالية للمريض.

ون بيانات تاريخ النمو ما يلى:

- تاريخ ميلاد الحالة ، عمر الأم وقت الحمل، وحالتها الصحية أثناءه، واتجاهاتها نحو الحمل.
- عملية الولادة: الوقت الذى استغرقته عملية الولادة، كيف تمت الولادة (طبيعية، غير طبيعية، هل استخدم الطبيب أدوات جراحية)، الإضرابات أو الظروف غير العادية أثناء الولادة: كأستمرار حالة الاختناق وعدم قدرة الوليد على التنفس بعد الولادة(لأن تاستمرار هذه الحالة أكثر من اللازم قد يؤدى الى حدوث تلف فى الدماغ).
- طول ووزن المريض عند الميلاد وخلال لالسنة الأولى.
- الأمراض والإصابات الجراحية التى تعرض لها المريض، وعمره عند حدوثها، ومدة المرض وشدته (ذلك لأن بعض الاصابات قد تؤثر على تركيبه النيرولوجى أو اصابات المخ)...
- علامات النمو: الرضاعة (من ثدى الأم أم صناعية) ونظامها (وفق جدول أم بدون .. الفطام (متى تم، وكيفيته، والصعوبات التى حدثت أثناءه) .. التسنين وبداية ظهور الأسنان، والعمر أثناءه، ودى حدوث اضطرابات صحية، توالى

ظهور الأسنان (بالتقريب).. الاستجابة لمحاولات ضبط الاخراج، بداية ضبط الاخراج، التبول اللاارادى ومدى استمراه، ردود فعل الأم ازاء ضبط الاخراج، مدى وجود صعوبات فى ذلك). المشى وبدايته، الكلام (بداية النطق، بداية تكوين الجمل).

- السلوكيات الاجتماعية: الاستجابة لمولد الاشقاء، ومعاملة الوالدين له، التخيلات عن الذات، أبطال المفضلون، الاتجاه السائد فى الطفولة الأولى (متعاون، مطيع، محب للظهور، خجول، سلبى .. الخ).

- عادات النوم: مع من ينام، ومتى بدأ الاستقلال فى نومه، مشكلات النوم لديه (فالنوم يعكس الى حد كبير الاضطرابات النفسية لدى الفرد)، هل يصاب بالأرق: فى أول الليل أم آخره، أم لايستطيع النوم في أول الليل أم فى آخره، أم لايستطيع النوم، النوم المستمر (نوبات نوم طويل).

- مشكلات النمو تعرض لها، عمره أثناءها، والاجراءات التى اتخذت مع الحالة — وتعرض قائمة بالاضطرابات الآتية: العصبية — القلق — المخاوف الزائدة — الجبن — الخجل — الوقاحة — الميل للمشاجرة — المزاج الحاد — الغيرة — المروق — السرقة — الكذب — التدخين — التعاطى أو الادمان للمخدرات — مص الأصابع — قضم الأظافر — السادية — المازوخية — الغثيان — الاغماء — الصداع — الاحساس بالاجهاد السريع ـت اللزمات العصبية — الحوادث والتشنجات — التهتهة — عيوب النطق — التهاب الدماغ — الكوريا (العصبية) — عسر الهضم العصبى.

- أرجاع الطفولة المبكرة: كنوبات الطبع - العناد — الريبة — التجهم — أرجاع خوف (منشأها وكيفية تناول الوالدان لها) ، أرجاع حب أو تعلق زائد بالوالدين، اعتماد، حب مسرف..، هل هو متوازن، سريع التشتت، أو مسرف النشاط، هل هو سهل العراك، قليل الصبر، محب لنفسه، قاسى على غيره من الأطفال

أو الحيوان، هل هو عديم الانتباه، غير مكترث بما يحيط به، كثير التدقيق، مكبوت، متوتر .. الخ.

ـ أرجاع في الطفولة المتأخرة والمراهقة:

السؤال عن حرية التعبير، والاعتماد على الوالدين، هل الشخص قد بدأ يتحرر من ضبط الوالدين، هل هو سعيد في النشاط الجمعي، هل نزعته السائدة هي السعادة، وعدم تحمل الهموم، الانطلاق ، الانبساط، هل له أصدقاء كثيرين، هل يتعامل مع الجنس الآخر بسهولة، هل لديه سجل خاص بالجناح، أو له صلة بآية هيئة مسئولة عن تنفيذ القانون ..

ـ بيانات عن الجنس: وبداية تلقينه تعليمات خاصة بالجنس ـ وما هي، عمره عند البلوغ، والمشكلات الجنسية التي ظهرت عنده، واستجابة الآباء لهذه المشكلات.

٣ - التاريخ الطبي:

يقصد بالتاريخ الطبي البيانات التي تتعلق بالأمراض والاصابات التي تعرض لها المريض أو أحد أفراد أسرته سابقا وحاليا.. وتشمل أسئلة عن:

ـ الصحة البدنية للعميل ولأفراد أسرته (ان وجدت)، وتطورها تأريخياً، وخاصة: أمراض القلب، أمراض العظام أو المفاصل، أمراض الأعصاب .. الخ.

ـ نشأة وتطور المرض المرض الحالي ـ مع تلخيص التسلسل الزمني للأحداث، والتطورات والمراحل الرئيسية التي مر بها.

ـ التاريخ المرضي السابق والأساليب العلاجية التي استخدمت (وقد تشمل الزار، والسحر .. الخ).

ـ الأعراض الهامة التي أدت الى إلحاق المريض بالمستشفى أو طلب العلاج.

ـ التشخيص والعلاج في كل مرحلة من مراحل المرض، والصعوبات التي واجهته (تقدم بطئ، تذبذب، تأخر .. الخ).

ـ عاهات الحواس وخاصة حاستى البصر والسمع.

ـ الاضطرابات الغدية (أن وجدت) وطريقة تشخيصها وآثارها.

ـ الخصائص المزاجية والسلوكية لمريض قبل وبعد المرض.

ـ اتجاهات العميل (المريض) نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والبدنية.

ـ المظهر الجسمى العام للعميل (هل يبدو عليه المرض أم الصحة)، اعتدال القامة، شذوذ الجسم، حالة الشعر والملبس والأظافر، رائحة الجسم .. الخ؟

ـ العادات الحركية والأعراض الجسمية ذات الدلالة (خمول، نشاط زائد، رعشة، تصبب العرق، اضطرابات حركية، ضعف التآزر البصرى الحركى، التعب الملحوظ .. الخ).

ـ أى علامات غيرعادية ظاهرة مثل: الندبات، والتشوهات، والتعبيرات الوجيهة (ويسأل المريض عن تاريخ كل حالة من الحالات السابقة ـ أن وجدت).

ـ الاضطرابات النفسية داخل الأسرة وتاريخها وتطورها (فى الماضى والحاضر) كالتخلف العقلى، الذهان، الأمراض العصابية، الصرع، الانهيارات العصبية، التعاطى أو الادمان .. الخ (وذلك فى الوالدين والاخوة والأقارب من الناحيتين).

ـ فى حالة وفاة أحد الوالدين أو الأقارب (تذكر أسباب الوفاة).

٤ – التاريخ الأسرى:

يقصد بالتاريخ الأسرى: الوصف الكامل لتاريخ الأسرة وأوضاعها الحالية وعادة يؤخذ التاريخ الأسرى من المريض ومن الوالدين (ويفضل أن نحصل عليه من كل من الأم والأب لاواحد منهما فقط اذا تيسر ذلك) على أساس أن يقابل الأخصائى النفسى كل منهما على انفراد، وبذلك يستطيع أن يقارن بين اتجاهاتهما

متصارعة مع بعضهما .. وفى حالة عدم وجود الوالدين يحاول الأخصائى النفسى أن يلتمس مصادر أخرى للمعلومات بالإضافة للمريض نفسه.

ويشتمل بيانات التاريخ الأسرى على بيانات عن أعضاء الأسرة المباشرين (الأب ـ الأم ـ الأخوة ـ الاقارب: الأجداد، والأعمام، والأخوال) ، وتتضمن:

ـ العمر الحالى لكل منهم، ومستوى تعليمه، ومهنته، والخلفية الاقتصادية والاجتماعية، والسمات المميزة لكل منهم، وعلاقته بالمريض وبباقى الأسرة (وإذا كان أحدهم متوفيا يذكر عمره الوفاة، وردود فعل المريض عند وفاة أى منهم).

ـ اتجاهات كل من الأب والأم ازاء زوجه وازاء الأبناء (شفوق، عطوف، مسيطر، ديمقراطى .. الخ)، هواياته واهتماماته الترفيهية، مواهبه، خصائصه، ما صادفه من احباط... وغير ذلك من العوامل التى قد تعينُ فى تحديد أثره فى سلوك المريض مثل: علاقة الأبوة والأمومة وهل هى علاقة صد أو حماية مسرفة.

ـ وضع المريض مقارنة باخوته من حيث : الترتيب الميلادى، علاقة كل منهم به، ومشاعر الغيرة (أن وجدت)، العلاقة بين الاخوة واتجاهاتهم ازاء بعضهم بعضا، صحتهم، الدراسة، محل اقامة كل منهم الراهن، مهنة كل منهم ونشاطاته ... الخ.

ـ الظروف الفيزيقية فى المنزل : الحصول على بيان زمنى موجز عن الحياة البيئية منذ الميلاد حتى الوقت الحالى بما فى ذلك تغيير المسكن، والنظام داخل البيت، والنظافة .. الخ.

ـ وسائل الضبط والاشراف : السؤال عما اذا كان الوالدان يختلفان جهراً بصدد النظام، هل هما على ثبات؟ أى نوع من النظام يتبعه كل منهما: التهديد،

الحرمان، العقاب هل الوالدان مدللان للأبناء، رخوان كابتان، قاسيان، عادلان معقولان؟ هل هناك واجبات أو مسئوليات منزلية، التربية الدينية والخلقية...

ـ الأحداث التى حدثت لأحد أفراد الأسرة، أو الأمراض التى تعرض لها جريمة، تعاطى أو ادمان، دخول السجن، مرض، صمم، صرع، محاولة انتحار، ضعف عقلى، عيوب فى النطق، شلل، جنون، كف بصر... الخ).

ـ حوادث الطلاق والإنفصال التى حدثت فى الأسرة وعمر المريض عند كل منها، وكذا حوادث الزواج للمرة الثانية (أو أكثر)، الجو المنزلى العام (توفيق أم نزاع) ـ وذلك للكشف عن مدى ما تتمتع به الأسرة من استقرار انفصالى وصحة نفسية.

ـ مصادر التوتر فى الأسرة والمشكلات الأسرية خاصة ما يتعلق بالأمور المالية والعاطفية والغيرة والتنافس.

ـ الوسائل الترفيهية بالنسبة للأسرة ومدى مشاركة المريض فيها (قراءة، استماع، مشاهدة، رحلات .. الخ)، أم لاتوجد على الاطلاق.

ـ درجة تعلق المريض بأسرته (وثيقة ، ضعيفة)، الوالد المفضل ـ وأسباب ذلك.

ـ طموحات الأسرة بالنسبة للمريض، مع مقارنة هذا الطموح بقدراته العقلية واستعداداته.

ـ التنظيم داخل الأسرة والعلاقات الهرمية فيها، ومن المسيطر (الأب أن الأم).

ويجب ملاحظة:

* عم ابداء الأخصائى الاكلينيكى دهشة لأى معلومات تعطى له أو استهجانا لها أو اشمئزازاً منها مهما كلنت غريبة أو شاذة.

* أن الاسئلة المرجحة يجب أن تلقى مباشرة وببساطة دون تكلف أو التماس أعذار ، يجب أن تلقى الأسئلة الحساسة بصورة طبيعية وواضحة دون أن توحى باجابات معينة.

* أن الأخصائى لايهمه أسماء الأشخاص، بل يهمه التعرف على الخريطة الكلية للأسرة (الزيادى: ١٩٦٩).

٥ ـ التاريخ الشخصى الاجتماعى:

يهتم التاريخ الشخصى الاجتماعى بعلاقات المريض بالأخرين — ومن ثم يحاول الأخصائى النفسى التعرف على:

ـ علاقاته بأسرته وبأقترانه وأصدقائه وجيرانه ومعلميه: ويحاول الأخصائى النفسى التعرف على ما فى هذه العلاقات من خضوع أو سيطره أو اهمال أو مشاكسات، حب أو كره، أو مخاوف.

ـ التعرف على أصدقائه: وهل هم أكبر أم أصغر منه، وهل هم من نفس جنسه أم من الجنس الآخر، وهل هم من النوع الهادئ أم المشاكس .. الخ.

ـ والتعرف عما اذا كانت له علاقات غرامية، وان وجدت ـ يجب وصف عمره وعمر الطرف الآخر وطول العلاقة.

ـ التعرف على كيفية اكتسابه أمواله، وكيفية انفاقه لها.

ـ التعرف على المحيط الاقتصادى والاجتماعى ـ وذلك لتحديد وضع المريض ضمن أسرته، ووضعه ضمن البناء الاجتماعى.

ـ التعرف على الأنشطة السياسية والرياضية والاجتماعية.

ـ التعرف على عاداته: كالتدخين، التعاطى، لعب الميسر...

ـ التعرف على العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (مستقرة، سطحية، مذبذبة).

٦ - التاريخ التعليمى:

التاريخ التعليمى للمريض له أهمية قصوى فى اعطاء الأخصائى النفسى فكرة عن قدراته واستعداداته السابقة ـ فى حالات السلوك الذهانى والاصابات العضوية خاصة ـ ومقارنة انجازه الحالى بانجازه السابق .. وفى حالة الأطفال

يكون من السهل الحصول على بيانات التاريخ التعليمى من معلم الفصل ومن المدرسة (خاصة إذا كانت المدرسة تحتفظ لتلاميذها بسجلات وافية عن تقديم الدراسى)، كما نحصل عليها من الآباء لعلمهم بالحالة المدرسية للابن .. أما فى حالة الكبار الراشدين فاننا نجمع بيانات التاريخ التعليمى من المريض شخصيا ومن أسرته ومن أى تقرير مدرسى يمكن الحصول عليه..

ويشتمل التاريخ التعليمى على بيانات عن:

- تاريخ دخول المريض المدرسة والعمر عندها (لأنه من الممكن أن يكون قد دخل المدرسة فى غير مستوى العمر العادى).

- استجابة المريض طالبا: فيسأل عن: السنة الدراسية الحالية، والسن عند التخرج من كل مستوى تعلميى، وعدد السنوات التى اضطر الى اعادتها وأساليب ذلك (فقد تكون هناك أسباب أخرى غير الفشل كأن تكون بسبب المرض أو اغيير المدرسة أو رغبة الوالدين)، والمواد التى يدرّسها حاليا ، والنظر فى كل مادة (هل هى محببة الى نفسه أم غير محببة) - صعبة أم سهلة، وتقديراته فيها أو مستويات تحصيله فى كل منها)..

- الخطط والطموحات التعليمية والمهنية للمستقبل (ويسأل عنها المريض نفسه، أوالآباء للتعرف على خططهم المهنية التى رسموها للابن)، واهتماماته غير المهنية والصعوبات التى يحتمل أن يواجهها فى الدراسة فيما بعد.

- الجماعات التى ينتمى لها داخل المدرسة: ومدى الاندماج داخل جماعات الأصدقاء أو مدى انعزاله، وطبيعة الجماعات التى ينتمى اليها .. وهل الصدقات المدرسية كثيرة - قليلة - عارضة - عميقة ... عضوية الجماعات المدرسية وأدواره فيها، والآمال والمثل، والشخصيات المفضلة، والميول، والهويات، والعلاقات مع المدرسين .. الخ الأنشطة خارج المنهج، أدلة الزعامة، الترتيب فى الفصل.

- المواظبة، وعدد مرات الغياب عن المدرسة أو الامتحانات وأسباب ذلك.
- مدى تعاون الآباء مع المدرسة، وحضورهم الاجتماعات ومدى استبصارهم بمشكلة ضغط الوالدين على التلميذ ومدى اتزانهم الانفعالى.
- المدارس التى اختلف اليها ومستوى تحصيله فى كل منها: وهى تعطى فكرة عن مدى الاستقرار العائلى، كما أن التغيير المستمر للمدرسة يؤثر فى شخصية الطفل نظراً لأنه يضطر الى قطع صداقاته وتكوين صداقات جديدة وعليه أن يعيد توافقه من جديد (الزيادى: ١٩٦٩).

٧ - التاريخ المهنى:

وهذا الجانب يخص تاريخ حالة الراشدين الذين التحقوا بعمل - اذ على الأخصائى الاكلينيكى الحصول على معلومات عن:

- الأعمال التى شغلها المريض: وهل تنقل فى أعمال متعددة أم ثبت فى عمل واحد واذا كان قد تنقل بين أعمال كثيرة، فما المدة إلى مكثها فى كل عمل، وسبب تركه له.
- متوسط دخل الفرد.
- علاقاته برفاقه فى العمل ودرجة نجاحة فيه.
- حبه وكرهه لبعض الأعمال.
- تدريبه المهنى الذى تلقاه فى داخل العمل.
- هل أدى الخدمة العسكرية؟ - وفى حالة أدائه لها نتدرس: فترة التجنيد بالتفصيل، والمشاكل التى صادفها فى هذه الفترة - والى أى حد تكيف للحياة العسكرية.
- الميول والانجازات المهنية، ودرجة الاستقرار المهنى، والعوامل المرتبطة به (كتغيير المهنة، وتاريخه، وأسبابه).
- الرضا عن المهنة، ومستويات الطموح المهنى، والعلاقة مع الزملاء والرؤساء والمرءوسين.

٨ ـ **التاريخ الجنسى والزواجى :**

على الرغم من أن التاريخ الجنسى والزواجى يخص حالة الراشدين المتزوجين، الا أن هناك أسئلة ترتبط بالتاريخ الجنسى للفرد الذى يضرب بجذره فى طفولته الأولى .. ومن ثم فان بيانات التاريخ الجنسى تتضمن:

ـ متى وكيف اكتسب المريض المعلومات الجنسية الأولى؟

ـ فكرته الأولى عن ولادة الأطفال، وعن العلاقات الجنسية بين الوالدين وهل كان ذلك صدمة له؟

ـ الخبرات الجنسية الأولى، والعادة السرية، واللعب الجنسى، العلاقات مع أفراد من نفس الجنس أو من الجنس الآخر.

ـ خبرات البلوغ ذات الطابع الجنسى مثل: سن البلوغ أو الدورة الشهرية ـ وردود الفعل ازاء هذه الخبرات.

ـ الاستجابة للنشاط الجنسى: قلق، شعور بالذنب، تقزز، اشباع .. الخ.

ـ خبرات الارتباط العاطفى.

ـ ظروف الزواج، نموذج (الزوج/ الزوجة)، الاتجاه نحو الزواج، الخبرات الزواجية، التوافق الجنسى فى الزواج، هل هناك اتفاق على تنظيم الأسرة ـ وسائله، والعوامل المرتبكة به ...الخ.

ويغلب أن يكون الحديث فى هذه الموضوعات أمراً شاقاً بالنسبة للمريض ـ وفى هذه الحالة: قد يلجأ الأخصائى الاكلينيكى لأساليب غير مباشرة، مثل: السؤال عن اتجاهات الوالدين نحو موضوعات الجنس، وأفكار العميل عن الزواج .. وما الى ذلك (ملكية: ١٩٨٠، ٨٧).

بطاقه إستقبال

إسم العيادة　　　　　　رقم الحالة :
تاريخ اليوم :　　　　　　الكود تشخيصياً :

بيانات شخصية :

الإسم ثلاثيا :　　　　　　إسم الشهرة (ان وجد) :
الجنس :　　　　　　الديانة :
تاريخ الميلاد :　　　　　　محل الميلاد :
الحالة الإجتماعية :　　　　　　العمر عند الزواج (اذا كان متزوجا)
عدد مرات الزواج :
عنوان السكن الدائم :　　　　　　التليفون :

بيانات المشكلة أو المرضى الحالي :

محولا من :
برفقة : ١ـ　　　　　　العلاقة أو القرابة :
٢ ـ　　　　　　العلاقة أو القرابة :
٣ ـ　　　　　　العلاقة أو القرابة

مستندات التحويل :
الفحوص السابقة :
التشخيص الطبي :
سبب التحويل :
مستجد أم عائد :
مرات وتواريخ التردد ان وجد :
أكتب قائمة الأمراض التي أصيب بها ولها علاقه بالاضطراب الحالي :

م	المرض	العمر عند الاصابة	مدة المرض	شدته
١				
٢				
٣				

الشكوى الحالية (يتم تحديد المشكلة أو المرض الحالي تفصيلاً) :

أسباب المشكلة أو المرض الحالي :

تاريخ ظهور المشكلة أو المرض الحالي لأول مرة :

الأوقات التي يقل فيها ظهور المشكلة أو المرض الحالي .

الجهود العلاجية السابقة :

التغيرات التي طرأت على الحالة مع كل محاولة علاجية :

ـ اتجاه التغير :

ـ سبب التغير :

المشكلات أو الأمراض الأخرى :

تعليقات :

التاريخ الأسري :

* الأب :

- حيا / متوفيا .

إذا كان متوفيا : عمره عند الوفاة :

سبب الوفاة :

عمر المريض عند وفاة الأب :

إذا كان « حيا » :

- عمره الآن : عند ميلاد المريض :

- المستوى التعليمي : المهنة :

- عدد مرات الزواج :

- العمر عند الزواج أول مرة :

- عدد مرات الطلاق :

- ميوله وعاداته :

- شخصية :

- حالته الصحية :

- مدى توافقه النفسي :

- علاقته بالمريض :

- اتجاه المريض نحوه :

هل يوجد زوجه أب ؟

(إذا كانت الإجابه «نعم» :

- العمر : المهنة :

- الشخصية : عمر المريض عند زواجها من أبيه :

- علاقتها بالمريض :

- اتجاه المريض نحوها :

* الأم :

- حيه / متوفية :

(إذا كانت متوفية) : - عمرها عند الوفاة :

- سبب الوفاة :

- عمر المريض عند وفاة الأم :

(إذا كانت حية) :

- عمرها الآن : عند ميلاد المريض :

- المستوى التعليمي المهنة :

- عدد مرات الزواج :
- العمر عند الزواج أول مرة :
- عدد مرات الطلاق (ان وجد) :
- ميولها وعاداتها :
- شخصيتها :
- حالتها الصحية :
- عدد مرات حملتها : عدد مرات الاجهاض :
- مدى توافقها النفسي :
- علاقتها بالمريض :
- اتجاه المريض نحوها :

هل يوجد زوج أم ؟
(إذا كانت الإجابه « نعم » ـ :
- العمر : المهنة :
- الشخصية : عمر المريض عند زواجه من أمه :
- علاقتها بالمريض :
- اتجاه المريض نحوها :

* **العلاقة بين الوالدين :**
- نوعها : جيدة - عادية - مضطربة .
- أهم المشكلات بين الوالدين :

- اتجاه المريض من المشكلات الوالديه :

* **الاخوة والأخوات الأشقاء** (بالترتيب)

م	الإسم	العمر	الجنس	المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية
١						
٢						
٣						
٥						
٦						

تعليقات :

***الاخوة والأخوات غير الاشقاء (بالترتيب)**

م	الإسم	العمر	الجنس	المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية
١						
٢						
٣						
٥						
٦						

تعليقات :

*** القرين :**

الإسم : العمر :

المهنة : المستوى التعليمي :

العمر عند الزواج : الحالة الصحية :

مدى التوافق النفسي :

*** الأولاد (بالترتيب) :**

م	الإسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية	علاقته بالمريض	اتجاهه نحو المريض
١								
٢								
٣								
٥								
٦								

تعليقات :

* **الأفراد الذين يعولهم** (غير القرين والأولاد)

م	الإسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية	علاقته بالمريض	اتجاهه نحو المريض
١								
٢								
٣								

تعليقات :

* **الأقارب الأخرون الذين يعيشون مع الأسرة :**

م	الإسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية	علاقته بالمريض	اتجاهه نحو المريض
١								
٢								
٣								

تعليقات :

* **الأخرون الذين يمكن الاستعانة بهم :**

م	الإسم	العمر	الجنس	درجة القرابة	المدرسة/المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية
١							
٢							
٣							

تعليقات :

- الوضع الاقتصادي العام للأسرة :
  جملة الدخل الشهري :
  جملة المنصرف الشهري :
- المشكلات الإقتصادية في الأسرة :

- السكن ونوعه :   عدد الحجرات :   عدد الأفراد في الحجرة :
حالة السكن :
هل للمريض حجرة مستقلة :
- ماوضع المريض في الأسرة بالمقارنة إلى بقية اخوته :
- هل هناك أحد أفراد الأسرة حدثت له أحداثاً معينة أو أصيب بمرض ؟ :

- اذكر حوادث الطلاق أو الانفصال التي حدثت في الأسرة - وعمر المريض عند كل منهما : .

- اذكر حوادث الزواج للمرة الأولى التي حدثت في الأسرة المباشرة للمريض .

- طموح الأسرة بالنسبة للمريض ؟
- أهم مصادر التوتر في الأسرة :
وما استجابة المريض لها :

- أهم الوسائل الترويحية بالنسبة للأسرة :
مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل :

- أمراض الأسرة :
(ادمان ، مخدرات ، كحوليات) - صرع - شخصيات غير سوية
أمراض نفسيه (اذكرها) :
أمراض جسمية (اذكرها) :
- درجة قرابة الأبوين بالدم :
- صف آية ظروف نفسية وإجتماعية أخرى في المنزل تراها هامة :

- أي معلومات أخرى .

التاريخ الشخصي الإجتماعي :

- العلاقة بالجيران :
- العلاقة بالرفاق والأصدقاء :
- هل أقرانه أكبر أم أصغر منه ؟ :
وهل من نفس الجنس أم من الجنس الآخر ؟ :
هل يتسمون بالهدوء أم بالمشاكسة ؟ :
- صف علاقته الغرامية - موضحاً : عمره ، عمر الطرف الآخر وطول العلاقة :

- الجماعات التي ينتمي إليها :
- اتجاهاته الدينية :

- القيم التي يعتنقها :
- الميول والهوايات :

نوع القراءات :
- النشاط الإجتماعي :
- عادات وتقاليد غريبة :
- أهدافه في الحياة :
- هل حققها (نعم / لا)
في حالة الإجابة بالنفي : أسباب عدم قدرته على تحقيق أهدافه والعقبات التي تحول دون تحقيقها :

- فلسفتة في الحياة :

- كيفية اكتساب الأموال وكيفية انفاقها :

- العادات الشخصية :
١ - تدخين ٢ - خمور ٣ - مخدرات
٤ - سينما (أنواع الافلام) :
٥ - تليفزيون (نوع البرامج) :
٦ - مقاهي (تذكر عدد الساعات ونوع الرفاق) :
٧ - نوادي وجمعيات (تذكر الأنشطة) :
٨ - أخرى (تذكر) :
تعليقات :

تاريخ النمو :

- طول فترة الحمل :
- حالة الأم الصحية أثناء الحمل (إذا كانت قد أصيبت بأمراض تذكر ، مع بيان مده كل منها والعلاج المستخدم ، والنتائج) :

- نوع الولادة : طبيعية - عسرة - قيصيرة - قبل الأوان - تامه -
- الوقت الذي استغرقته عملية الولادة :
- أين تمت الولادة ؟ :
- هل حدثت اضطرابات أثناء الولادة ؟:
- اصابات أو آفات ولادية (تذكر تفصيلاً) :
- وزن المريض عند الولادة : بعد أربعة أسابيع :

بعد ستة أسابيع :

- نمو مابعد الولادة : متقدم - عادي - متأخر - صحي - مرضى ،
- صحة مرحلة الطفولة (اذكر قائمة الأمراض التي أصيب بها) :

م	المرض	العمر عند الإصابة	مدة المرض	شدته	أثارة
١					
٢					
٣					

- هل أصيب المريض بأية اصابات جراحيه في الطفولة ؟ (اذكر أنواعها وعمره عند الاصابة وشدتها) :

- نوع الرضاعة : طبيعية / صناعية .
- العمر عند الفطام وطريقته :
- متى بدأ ظهور الأسنان ؟
- متى تم ضبط عمليات الاخراج : نهاراً ليلاً

- متى استطاع المريض أن يجلس دون مساعدة :
- متى استطاع المشى :
- متى نطق بالكلمة الأولى : متى استطاع أن يكون جملاً :
- متى استطاع استخدام الملعقة : الفنجان :
- أهم الأعراض العصابية أو السلوكية في الطفولة :

سورات غضب - مص أصابع - تبليل الفراش - صرخات فزع ليلي
مشي أثناء النوم - مخاوف زائدة - لزمات عصبية - تشنجات
غيرة - خجل - سرقه - - كذب
التهتهه - عيوب أخرى في النطق .

تعليقات :

عاداته في النوم :
- مع مَنْ ينام ؟ :
- متى بدأ الاستقلال في النوم ؟
- مشكلات النوم (تذكر تفصيلاً :
- أهم الخبرات السيئة الصادمة في الطفولة :

- أيه مشاكل أخرى أثناء النمو - اذكر عمره عندما تعرض لها ، والاجراءات التي اتخذت في هذه الحالة (تذكر تفصيلاً) :
في الطفولة المبكرة :

في الطفولة الوسطى والمتأخرة :

في مرحلة المراهقة :

التاريخ التعليمي

- تاريخ دخول المدرسة الإبتدائية :
العمر عند الدخول
استجابته للخبرة المدرسية الأولى :
- إذا كان طالباً فما السنة الدراسية المقيد بها حالياً :
وإذا لم يكن طالباً فما آخر مستوى تعليمي وصل إليه :
- المدارس والكليات التي درس فيها :

المرحلة	المدرسة/الكلية	السنوات التي قضاها	الميل العام نحوها	المواد المحببه	المواد غير المحببه	مستوى التحصيل	المواظبة
ابتدائية							
اعدادية							
ثانوية							
جامعية							
فوق الجامعية							

- هل اضطر إلى أن يعيد سنوات دراسية ؟:
إذا كانت الإجابة بالإيجاب فماهي هذه السنوات - وما الأسباب ؟ :

- العلاقة بالمدرسين :
- المشكلات السلوكية في المدرسة :
- الهوايات وأنواع النشاط المدرسي :
- المواهب والمهارات الخاصة :
- المصاعب التي يحتمل أن يواجهها في الدراسة مستقبلاً (إذاكان طالبا) :
- صف مدى تعاون الآباء مع المدرسة :
- الخطط الدراسية المستقبلية :
- تعليقات :

التاريخ المهني

- تاريخ أول وظيفة :
- المهن السابقة :

المهنة	الدرجة	جهة العمل	تاريخ بدء العمل	السنوات التي قضاها في العمل	عدد مرات الغياب في الشهر	أسباب الغياب	المرتب الشهري	سبب تغيير المهنة

- الوظيفة الحالية : تاريخ الاشتغال بها :
- المرتب (الأجر الشهري) حاليا :
- مدى الرضا عن العمل :
- المواظبة في العمل الحالي :
- مدى الاحساس بالتقدم في العمل الحالي :
- العلاقة بالزملاء في العمل :
- العلاقة بالرؤساء في العمل :
- الشعور بالمسئولية في العمل :
- أسباب الاضطراب في العمل (ان وجد) :

- الطموحات المهنية :
- الخطط المهنية المستقبلة :

- ملاحظات أخرى على المهنة :

التاريخ الجنسي والزواجي :

اناث

- المعلومات عن الجنس : شهر سنه
- تاريخ أول حيض : في سن
- كيف تم إستقبالة :
- انتظامه فيما بعد :
- مدته بالأيام ومقداره :
- بآلام أو بدون : نوع الآلام :
- التغيرات الانفعالية :
- ميعاده شهريا وأعراضه :
- درجة الانجذاب للجنس : قوية - متوسطة - ضعيفة
- كيفية تخفيف توتراته :
- بدائل اعلاء متاحة :
- مصدر المعلومات عن الجنس :
- الصداقات أكثر : من نفس الجنس - الجنس الآخر
- المعارف والأقارب من الجنس الآخر :
- امكانات وقيود الاتصال بهم : في الأسرة / في المدرسة / في خلوة
- خبرة أول تقرب من الجنس الآخر : ناجحة ومشجعة / صد ونكوص
- عدد مرات الوقوع في حب :

مدة الاستمرار :

سبب الانتهاء :

تعليقات :

ذكور

ـ المعلومات عن الجنس   شهر   سنه

ـ تاريخ أول احتلام أثناء النوم :   في سن

ـ مدى تكراره أو دوريته :

ـ افتعاله بالاستمناء في اليقظة (نعم / لا) :

عدد المرات في الأسبوع :

مشاعر الاثم الناتجة : قاسية ـ محتملة ـ لاتوجد

ـ العلاقة بالوالدين في تلك الفترة :

ـ الميل للأصدقاء :(أكثر من نفس الجنس ـ أصدقاء من الجنس الآخر)

ـ المعارف والأقارب (من نفس الجنس ـ من الجنس الآخر)

ـ امكانات وقيود الاتصال بهم : في الاسرة ـ في المدرسة ـ في خلوه .

ـ خبرة أول تقرب من الجنس الآخر : ناجحة ومشجعة ـ صد ونكوص

ـ عدد مرات الوقوع في حب :

ـ مدة الاستمرار :

سبب الانتهاء :

ـ أول ممارسة جنسية (ان وجد) :

في سن :

شريك العلاقة :

المشاعر : الخوف والامتناع ـ أم التجاوب والاستمرار

ـ أسباب الامتناع : دينية ـ اجتماعية ـ خلقية (تذكر) :

ـ تعليقات :

للمتزوجين :

ـ كيف تم التعرف على الرفيق (الزوج/ الزوجة) :

ـ هل ينطبق الرفيق مع النموذج الفكري لديك ؟

ـ الاتجاه نحو الزواج :

ـ الخبرات الزوجية :

ـ مدى التوافق الجنسي في الزواج :

ـ هل يتم تنظيم النسل :

وسائله .

العوامل المرتبطة به :

الفحص النفسي

- أخر فحص نفسي وتاريخه :
- الأمراض النفسية السابقة :

المرض	العمر	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

- الأمراض النفسية في الأسرة :

الاسم	العمر	المرض	العيادة/ المعالج	النتائج

- فحوصات الذكاء والقدرات العقلية السابقة والحالية :

الاختبار	تاريخ الاختبار	نسبه الذكاء	متوسط نسبة الذكاء

مقاييس الشخصية :

المقياس	ملخص النتائج

اضطرابات الشخصية :

- تعليقات :

الفحص الطبي

- أخر فحص طبي (بتاريخ) :
- الأمراض الجسمية السابقة :

م	المرض	العمر	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج
١					
٢					
٣					

- العمليات الجراحية السابقة

م	العملية	العمر	العيادة/ المعالج	النتائج
١				
٢				
٣				

- الأمراض الجسمية في الأسرة

الإسم	العمر	المرض	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

- الأمراض الجسمية الوراثية في الأسرة

المرض	الإسم	العمر	القرابه للمريض	ملاحظات على المرض

ـ الاصابات أو العاهات أو الجروح السابقة :

م	الاصابه	العمر	العيادة التي تمت مراجعتها	النتائج
١				
٢				
٣				

الحالة الصحية العامة :

الفحوص الطبية :

م	الفحص	تاريخة	النتيجة
١			
٢			
٣			
٤			

الفحص العصبي

- أخر فحص عصبي وتاريخه :
- الأمراض العصبية السابقة :

المرض	العمر	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

الأمراض العصبية في الأسرة :

الإسم	العمر	المرض	المدة	العيادة/ المعالج	النتائج

الأمراض العصبية الوراثية في الأسرة :

المرض	الإسم	العمر	القراءات	ملاحظات

نتائج الفحوص العصبية :

الفحص	النتيجة	الفحص	النتيجة

تعليقات :

ملخص فحص وتاريخ الحالة :

مثال لدراسة تاريخ الحالة

البيانات الأولية :

- الاسم : (م . ع . أ)
- محل الإقامة : ريف
- الجنس : ذكر
- عدد الاخوة : ٥
- العمر : ٨١ سنة
- حجم الأسرة : ٨ أفراد
- المستوى التعليمى : الفرقة الثانية
- ثانوى تجارى
- الترتيب الميلادى : الثالث
- الديانة مسلم
- نوع السكن : ملك
- الحالة الاجتماعية : أعزب
- العلاقة بين الوالدين : الأب والأم معا.

وصف الحالة:

- الشكل والمظهر : نحيف القوام ، الملابس نظيفة إلى حد ما، الشعر قصير أسود، داكن العينين، هادئ الحركة.
- الإطار الفكرى : بطيئ فى الإجابة عن الأسئلة ، يجد صعوبة فى تسمية الأشياء بأسمائها الصحيحة.
- الناحية الانفعالية : يبدو فى حديثه متوترا قلقا.

التاريخ الصحى:

- الشكوى الحالية : يعانى من نوبات الصرع الأكبر التى تحدث على فترات متباعدة.. أصيب فى الفترة الأخيرة بخمس نوبات صرعية كبيرة فى خلال سنة وثلاثة أشهر.
- أحداث النمو : يذكرالوالدان : بأن الأم لم تصب بأى أمراض خطيرة أثناء الحمل وإن كانت هناك صعوبات أثناء الولادة، وبعد الولادة كان تطوره البدنى عاديا خاصة التسنين والمشى والفطام، توقف عن تبليل الفراش فى سن السابعة، كانت تعاوده نوبات الحمى المتكررة خلال السنوات الثلاث الأولى.

- بدايات المرض وسيره : بدأت التشنجات المتكررة تحدث للطفل عقب نوبات الحمى، وقد بدأ عرض حالته على الأطباء وهو فى عمر الثالثة عندما بدأت تظهر عليه نوبات حبس التنفس خاصة عند وقوعه على الأرض ، أو ضربه على الرأس، أو بعد أن يخطف أخوه الأكبر لعبته من يده.. وكانت نوبات حبس التنفس قد زالت عنه، إلى أن بدأت تأتيه نوبات الصرع الأكبر وهو فى عمر الخامسة عندما يصاب بالحمى، وتم علاجه فى هذه الفترة ثم بدأت تعاوده هذه النوبات بصورة متكررة وهو فى الرابعة عشرة من عمره.. أجريت له فحوصات طبية ورسم المخ التى تبين منها وجود بؤرة انفراغات صرعية فى الفص الصدغى من المخ.. يأخذ العلاج بانتظام، غير أن أحد الأطباء قد قرر بأنه يحتاج إلى فحوصات إضافية لتحديد موضع ورم فى الفص الأيمن من المخ بسبب النوبة الصرعية، وإذا ثبت ذلك فربما أجريت له عملية جراحية.
- توجد علاقة قرابة من بعيد بين الوالدين، ولايوجد أى فرد آخر فى الأسرة مصاب بالصرع.
- تسبق نوبة الصرع علامات تدل على أن نوبة الإغماء سوف تحدث : حيث يشعر بتخدير فى الأطراف ، ودوار فى الرأس، وتعب فى الجسم ، وذلك قبل حدوث الإغماء بيوم او عدة ساعات .. ولذلك : فهو يلتزم الجلوس فى البيت ولايخرج .. وعندما يفيق من النوبة يجد الأسرة كلها حوله فى ارتباك وانزعاج، غير أنه يشعر بصداع شديد ويغلبه النوم.
- أهم الأعراض الجسمية الأخرى : الصداع ، وفقدان الشهية.

التاريخ الأسرى :

- الأب : يبلغ من العمر ٥٢ سنة، متعلم ، يعمل موظفا بالقطاع الحكومى، ريفى، يتميز بالشدة والصرامة، والتقتير فى الصرف على الاحتياجات الخاصة بالأسرة، مدخن.

- الأم : تبلغ من العمـر ٤٥ سـنة، حاصلـة علـى الابتدائيـة، ربـة بيـت، مـن أصل حضرى ، تعيش فى القرية منذ زواجها ، متقلبة المزاج ، تارة تكون متساهلة متسامحة عطوفة، وتارة تكون عصبية - خاصة فى حالة الشـجار مع الأب.

-الأخـوة : الحالـة هـو الثـالث فـى الـترتيب الميـلادى بيـن سـتة مـن الأخـوة الأشقاء ، يسبقه أخت هى الكبرى، عمرها ٢٣ سنة تخرجت من الجامعة ، وأخ عمره ٢١ سنة طالب بكليـة الحقـوق، ويلـى الحالـة اختـان : إحداهمـا عمرها ١٦ سنه فى الفرقة الثانية ثـانوى والثانيـة فـى الإعداديـة ، وأخـيرا أخ فى الابتدائية .. تقوم علاقته مع اخوته على الحب، وهناك تنـافس بينـه وبين أخته الأصغر منه التى وصلت لنفس السنة الدراسية التى يدرس بهـا ودخلت الثانوى العام (فى حين أنه فى الثانوى التجارى) ، والسبب أنه قـد رسب عامين بسبب المرض.

- طريقة تربيته : نشأ نشأة ريفية ويعتقد أنه هـو المحظـوظ مـن والديـه بيـن اخوته - وقد يرجع ذلك الى حالته المرضية فقـد كـان فـى طفولتـه مغلوبـا على أمره منطويا، اذ كان الوالدان يعاملانه منذ الصغر بأنه طفـل عـاجز، يخافان عليه من كل صـغيرة، ويفعـلان لـه كـل شـئ شـديدى القلـق عليـه، وكان الأب أو الأم يصطحبانه الى المدرسة ومنها كل يوم، يجعلان الاخوة يعملون له كل شئ، وعندما يخـرج يرسـلان مرافقـا لـه خوفـا مـن حـدوث نوبة الصرع فى الشارع.

- يقول الحالة : " كان يجب أن يفهم أبى وأمى أننى الآن كبرت وأصبحـت رجلا، ويحملاننى المسئولية ، وأشعر بأنهما قد أخطئا طريقـة تربيتـى فلـم يجعلانى أستقل بنفسى وأفتقد الثقة فى قدرتى على أداء أى عمـل".. وعلـى الرغم من جمودالأب، الا أن الطريقة التى تربى عليهـا كـانت تتسم بـاللين ولم يتعرض أبدا للعقاب البدنى، وعلى الرغم من أن الأب يعتقد أن القسـوة تربى رجلا حازما أمام الصعوبات، فإنه عندما كان يخطئ يزجره بألفـاظ

عنيفة مما كان يترك لديه آثارا نفسية حادة ، ويسبب لها انهيارا نفسيا، وكثيرا ما يأخذ صورة الهروب من الاستجابة أمام الأب.

-المشكلات الأسرية : يذكر المفحوص : بأن والديه على الرغم من أنهما تربطهما صلة قرابة بعيدة، الا أن زواجهما ليس فيه تفاهم، فكثيرا ما تحدث مشاجرات كلامية بينهما أمام الأولاد، وغالبا ما يكون سببها مصروفات الأسرة.

الحياة المدرسية:

دخل المدرسة الابتدائية بفرح وسرور لأن أخته وأخاه الأكبر منه كانا سعيدين بالمدرسة غير أنه عندما ذهبت به أمه الى المدرسة فى أول يوم شعر بصدمة بعد أن تركته، وبدأ يشعر بخوف شديد وهو فى داخل المدرسة خاصة عندما تتركه أخته وأخوه ويدخلان فصليهما وقد استطاع التغلب على مشكلاته وواصل دراسته، ولم يرتبط بزملاء الا فى المدرسة الاعدادية.. كان يخشى المدرسين خاصة الذين يستخدمون الضرب والقسوة، وان كان كثير من المدرسين يعاملونه بالعطف والشفقة واللين خاصة عندما يعرفون بوجود حالة الصرع عنده .. كان الوالدان لايضغطان عليه فى مذاكرة دروسه. فاما أن يذاكر أو يلعب أو ينام- كيفما شاء.

- عن تحصيله الدراسى الحالى : فهو متوسط.
- أهم المشكلات التى قابلته فى دراسته هى : الرسوب مرتين، وعدم الركيز أثناء شرح المدرس، وتشتت انتباهه، وكذلك عند استذكار دروسه، وتكثر هذه الشكوى مع اقتراب الامتحانات النهائية، حيث يشعر بالفشل ، وبأن تفكيره مشلول وقدرته على التركيز ضعيفة .. كثيرا ما كان يتفوق فى اللغة العربية ولكنه يرسب فى الرياضيات.

العلاقات الاجتماعية:

- الأصدقاء : يتميز بأنه منطو على نفسه خارج المنزل، ولايستطيع التعامل مع الآخرين ودائما يخرج مهزوما ومنسحبا فى المشاجرات التى تحدث

بينه وبين أقرانه من رفاق اللعب أو المدرسة.. كثيرا ما يفضل البقاء في المنزل خوفا من حدوث نوبة الصرع وهو خارج المنزل، وتجنبا لأى خلاف مع رفاقه – فهو يشعر بأنهم يستضعفونه.. وبأنه أقل منهم.

- أما عن الجيران : فان علاقاته بهم محدودة، وكثيرا ما تتكر الأسرة اصابته بالصرع وتذكر أنه مريض بمرض عادى، ولاتذكر هذا المرض أمام الجيران أو ضيوف الأسرة.

كيفية شغل اوقات الفراغ :

من هواياته : سماع الراديو وخاصة الأغانى العاطفية والبرامج الثقافية ، هو يحب الرياضة لكنه لايمارسها، ويتابع الأخبار الرياضية، وهو لايشاهد التليفزيون الا نادرا لأن الأطباء يحذرونه من طول الجلوس أمام شاشة التليفزيون، فقد كانت تحدث له بعض النوبات أثناء مشاهدته لأفلام التليفزيون.

الحالة الانفعالية:

- يعانى من القلق والذعر مع مشاعر اكتئابية حادة، والخوف من الوحدة، مع الأرق الليلى، وعدم احتمال أوقات الانتظار ، لديه احساس بالنقص والحساسية الشديدة ازاء معاملة الناس له ، فهو يشعر بأنه أقل من غيره والسبب فى ذلك هو المرض الذى يعانى منه.
- عندما يكون مع الآخرين يشعر بالاطمئنان.
- عند الغضب : يكره الجميع ، ويشعر بالاستثارة والرغبة فى الانتقام.
- عندما يشعر بعلامات حدوث نوبة الاغماء : يشعر بأنه سوف يموت، ولن يفيق منها .. وعندما يشعر بالصداع فانه لايستطيع التفكير في أى شئ.
- عند التفكير فى المرض يشعر بالتوتر واليأس لأنه يسبب المتاعب لمن حوله خاصة للأسرة ويشعر بأنه حمل زائد عليهم ، ولذا : فانه كثيرا ما يفكر فى الموت وهو صغير حتى لاتحدث متاعب كثيرة اذا كبر وهو فى نفس الحالة الميئوس منها.

الحالة الجنسية :

تخلو من أى خبرات جنسية، سوى حدوث عمليات الاستحلام الليلى، وليست له أية علاقات حالية أو ماضية ، ولايستطيع التعامل مع الجنس الآخر، ويرى أنه لا ينبغى له الحديث أو الاقتراب من الأنثى.

فكرته عن نفسه :

يقول : " أنا شديد الطيبة ولا أحب الشر وأحب الخير لكل الناس، وعندى اندفاع لخدمة الناس، غير أن الناس يعتقدون أننى غبى وضعيف وهذا يسبب لى حزنا شديداً".

الرؤية المستقبلية:

يعانى من الانهيار النفسى بدليل انه يفكر فى الموت حينما تعاوده النوبات الصرعية من آن الى آخر، ويجد أن حالته ميئوس منها، خاصة عندما تواجهه ظروف صعبة ولو كانت تافهة، أو عندما يتوقع الفشل فى مستقبله المهنى، أو أنه يمكن أن يمتنع عن الزواج حتى لايصاب أولاده بالمرض.

أما عن طموحه المهنى : فهو كان يتمنى أن يصبح طبيبا يعالج الأمراض المستعصية مثل مرض الصرع، ولكنه يرى : بأن هذا الأمل قد أصبح بعيد المنال بالنسبة له، فهو الآن لن يستطيع دخول الجامعة .. وهو يرى : أن كل شئ بالنسبة للمستقبل ضده ، ولايرى مستقبلا مشرقا مثل بقية الناس، بل يتوقع المتاعب والصعوبات مع استمرار المرض اللعين وظهوره بصورة مفاجئة.

الأحلام:

كثيرا ما يرى أحلاما مزعجة حيث يرى أنه يموت أو موشك على الموت : فمرة رأى أنه يقف على حافة بحر واسع ممتد " البحر المالح" وأن أمواجه عالية، وأن رجليه تنزلقان من فوق الشاطئ لتبتلعه الأمواج .. ومرة أخرى رأى حلما آخر: وهو أنه يسير فى صحراء أو غابة ولايعرف كيف يعود الى بيته ويخاف من الحيوانات المفترسة فيها.

تحليل تاريخ الحالة:

يكشف تاريخ الحالة عن : حالة مرضية يمثل الاحساس بالدونية حجر الزاوية فى بنائها النفسى وعجز عن مغالبة الصراعات المرتبطة بانخفاض تقدير الذات، مما خلق أنا ضعيف غير قادر على مواجهة الواقع الذى يحياه المريض، وهذا الشعور عميق الجذور لأن بداياته كانت فى حياة الطفولة : فمع الاصابة بمرض الصرع أصبح الجميع يشفقون عليه، وتنم حياته عن قلق الوالدين البالغ عليه فيحميانه حماية زائدة ، ويعيش مدللا بافراط من والديه، وتشعره أسرته بدونيته ولاتتيح له فرصة الاستقلال بنفسه والثقة فى ذاته ، فيصبح شديد الاعتماد على غيره.. وأصبح الشعور بالدونية العصابية هو لب مشكلة المريض، حتى أنه قد فشل على المستوى المتخيل عن مغالبة هذه الدونية.

ولقد تراكمت خبرات الاحباط الصدمى فى الطفولة وأصبحت حياته تكاد تخلو من السعادة فمنذ طفولته وهو يغالب عجزه الجسمى فى التعامل مع الآخرين بسبب حالته المرضية وضعفه مما جعله يستشعر دونيته فى التعامل مع أقرانه فيخشى التشاجر معهم وينطوى على نفسه، ويعتقد أن الآخرين يستضعفونه ويحتقرونه مما ترك لديه آثارا بارانوية، فينزوى بعيدا عن جماعات اللعب الطفلية، ويخشى حدوث نوبات الصرع. كما تؤدى حالته المرضية الى تأخره الدراسى والى لحاق أخته الصغرى به فى نفس المستوى الدراسى ولكن فى وضع أفضل (فهى فى الثانوى العام وهو فى التجارى) .. ونظرا لمشاعر الدونية والانمحاق فقد استعان المفحوص بالقدرة الخيالة المطلقة التى توظفها أناه العاجزة لتحقيق طموحات بعيد المنال حتى هذه الطموحات العاجزة تنتهى فى الغالب الى الفشل: فيتخلى عن فكرة الالتحاق بالجامعة وعن أن يصبح طبيبا مشهورا.

ولعل انتقال الأم من المدينة الى الريف ، وعدم انسجامها مع زوجها ومع أهل الريف قد ترك لها ميراثا عدائيا ظهر فى علاقتها بزوجها وبأبنائها ازاء المشكلات التى تواجهها وانعكس انعكاسا سلبيا على الحالة وارتبط بمشاعر الدونية لديه.

ومع تراكم خيبات الأمل : تراجعت الطاقة اللبيدية لـدى المريـض الـى نقطـة الخطر . وفرضت عليه دونيتـه العصابيـة والاحسـاس بالفشـل الجنسـى والشـك فـى ذكورته، ولم تكن لديه القدرة على التفكير فى الأمور الجنسية أو الحديث عن الأنثى خوفا من تزايد الشعور بالذنب بالاضافة الى مشاعر العدوانية المكبوتـه.. كل ذلك قد أدى الى توتر حاد لايستطيع السيطرة عليه.

وعن فكرته عن نفسه : يصورها فى صورة مثالية مفرطة فـى تقديـره لذاتـه وحبه للخير لجميع الناس ومد يده لمساعدة الجميع - كحليـة دفاعيـة مزدوجـة تقـوم بها الأنا فى حالات العصاب القهرى، وتكون النتيجة لحساب الأنا العليا باعثة الذنب وانخفاض تقدير الذات.

وبدلا من استخدام دفاعاته على المستوى التخليلى لمشاعر العجز فقد كـانت صور الأحلام نماذج للخوف الذى يلاحقه من جراء مرضـه وضعفه فى مغالبة قوى المجتمع من حوله، واستشعاره بالدونية العصابية ومشـاعر الانهـزام : فيرى نفسـه وسط بحر هائج مترامى الأطراف وتذل قدميه نحو الغرق فيـه وعدم قدرتـه علـى مغالبة الخطر - ولعله خطر المرض المحيط به والمسبب لمشاكله وآلامه.. كما أن الصحراء تمثل الاحساس بالوحدة ، والخوف من الحيوانات المفترسة يمثـل الخـوف من المرض، ومن التشاجر مع أقرانـه ، ومـن ضيـاع المسـتقبل وعـدم القـدرة علـى العمل أو الزواج الى جانب تنمية الموت الذى ظهر على لسانه للتخلص من دونيته.

وهكذا : تظل الدونية العصابية هى المسيطرة على اللوحة الكلينيكية للمريض وتنسـحب تحتهـا كـل أعـراض القلـق والاكتئـاب والمخـاوف المرضيـة شـعوريا ولاشعوريا .

الفصل السابع

المقابلة الاكلينيكية الاكلينيكية

المقابلة interview هى قلب العمل الاكلينيكى ، وتعد احدى الأدوات الأساسية التى يستخدمها الأخصائى النفسى الاكلينيكى ويعتمد عليها فى الحصول على البيانات عن الحالة (المريض) مما يساعده فى عمليتى التشخيص والعلاج.

تعريف المقابلة :

لقد كان لرواد علم النفس الاكلينيكى الأوائل أمثال . بنجهام ومور Bingham & Morre (١٩٤١) جاريت Garrett (١٩٤٢) روجرز Rogers (١٩٣١) سيموندز Symonds (١٩٣١) وليامسون ودارلى& Williamson Darley(١٩٣٧) الفضل فى تحديد مفهوم المقابلة وأسسها:

- ويدل مصطلح المقابلة على تقابل فردين أو أكثر وجها لوجه فى مكان ما لفترة زمنية معينة هذه المقابلة تكون عادة نتيجة لسبب معروف مقدما، وبناء على موعد مسبق فى أغلب الأحيان بين المتقابلين.
- وتعرف المقابلة أيضا : بأنها محادثة ومواجهة لتحقيق هدف محدد، وتتم بين أطراف معينة ، فى صورة عملية تتميز بالتفاعل بينهم وقد تستخدم فى الحصول على معلومات ، أو فى اعطاء معلومات، أو فى التأثير على سلوك الأفراد بشكل معين ، أو فى تحقيق هذه الأهداف مجتمعة.
- ويرى زهران (١٩٨٠) أن المقابلة علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائى والعميل (المريض) فى جو نفسى آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين ، بهدف جمع معلومات من أجل حل مشكلة.. أى أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعى هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ، ويتم خلالها التساؤل عن كل شىء .. وبذلك فان المقابلة نشاط مهنى هادف وليست محادثة عادية.

وهكذا ننتهى الى أن : المقابلة عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظى بين شخصين أو أكثر - الشخص الأول هو الأخصائى النفسى ثم الشخص أو الأشخاص الذين يحاولون الحصول على حل للمشكلة التى يعانون منها ، ويحاول الأخصائى أن يقدم خلالها المساعدة الفنية التى يراها ملائمة ، سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة ، موجهة أو غير موجهة...

وبذلك : لاتعتبر المقابلة مجرد محادثة لأن المقابلة اتصال مباشر بين شخص يضطلع بعبء المساعدة ، وشخص أو اشخاص يسعون للحصول على هذه المساعدة ، وفيها تطرح على بساط المناقشة الموضوعات الشخصية وكل ما من شأنه أن يلقى ضوءا كافيا على المشكلة وجذورها ، ويفتح الطريق واضحا أمام أسلوب جديد لمعالجة المشكلة (فهمى : ١٩٦٧، ٤٩٩)

أهداف المقابلة الاكلينيكية:

تهدف المقابلة الاكلينيكية إلى :

١ - اقامة علاقة مهنية بين الأخصائى النفسى الاكلينيكى والمريض.

٢ - جمع بيانات أو معلومات جديدة عن المريض أو التوسع فيما هو موجود منها، أو تفسير هذه البيانات أو المعلومات.

٣ - مساعدة المريض على أن يعبر عن نفسه وعن مشكلته للأخصائى النفسى الذى يستمع له بتقدير وعطف.

٤ - نقل المعلومات التى تساعد المريض على حل مشكلته.

٥ - مساعدة المريض على الكشف عن الحلول الممكنة لمشكلته وعلاجها ، على أن تكون هذه الحلول مقبولة اجتماعيا ومشبعة للمريض ويتم ذلك عن طريق التعاون بينه وبين الأخصائى الاكلينيكى المعالج.

أهمية المقابلة فى الميدان الاكلينيكى:

تبرز أهمية المقابلة فى الميدان الاكلينيكى من كونها الأداة الرئيسية التى يستخدمها الأخصائيون فى التشخيص والعلاج النفسى - فلا يعتمد الاكلينيكيون فى

دراسة الحالة على آية طريقة فى الحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذى يعتمدون فيه على المقابلة.

اذا كان الهدف الأساسى من المقابلة هو الكشف عن ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نكتشف ونفهم العوامل السيكولوجية التى أدت الى حالته الراهنة اذ المقابلة تهيىء الفرصة أمام الأخصائى الاكلينيكى للقيام بدراسة متكاملة عن طريق المحادثة المباشرة لفهم العميل ، وللتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التى يصل اليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى ، وهو أمر ضرورى للتوصل الى الصياغات التشخيصية.

وليس التشخيص هو الغاية ، ولكنه بداية لمسئوية ممتدة يضطلع بها الأخصائى الاكلينيكى بل ان تفسير نتائج التشخيص تحتاج الى أن يمتد الى أكثر من مقابلة مع المريض ومع الأشخاص المحيطين به والمتعاملين معه من الآباء أو الاخوه ... أوغيرهم الذين يكونون فى حاجة الى عملية اقناع وفهم ، واستيضاح ، وتوضيح الموقف وتخطيط العلاج ، وكيفية التصرف ازاء الحالة والمعاونة فى حل المشكلات والصعوبات التى تصادفهم فى حياتهم اليومية ، وبذلك يكون الغرض من المقابلة هو الفهم الاكلينيكى لمشكلة المريض لكى نخطط لحلها بعد معرفة الأسباب فتعمم المقابلات العلاجية لتسهيل فهم المريض لنفسه واحداث تغيرات مرغوبة فى مشاعره وسلوكه ، وتكون مشكلاته وحاجاته فى بؤرة الاهتمام .. وفى العلاج تكون المقابلة ضرورية للنجاح فى فهم المريض.

أنواع المقابلات

تختلف المقابلات التى تجرى فى الميدان الاكلينيكى باختلاف الغرض الذى تجرى المقابلة من أجله ومن ثم توجد أنواع عديدة من المقابلات منها :

١ ـ المقابلة المبدئية initial or intakei interview :

هى المقابلة التى تجرى مع العميل (المريض) منذ استقباله للمرة الأولى فى المؤسسة العلاجية متضمنة طريقة الاستقبال ، وتسجيل المعلومات ، وتسجيل المقابلة، منتهية بالاتفاق على الاستمرار فى العملية العلاجية وحضور المقابلات التالية .. ولذلك تتعدد التسميات التى تطلق على هذا النوع من المقابلات فالبعض يسميها المقابلة المبدئية (الابتدائية)، وآخرون يسمونها المقابلة الأولى، وهناك من يطلق عليها مقابلة الالتحاق بالمؤسسة العلاجية .. ومهما اختفت المسميات فانها لاتخرج عن كونها مقابلة مبدئية اذ يتم فيها التمهيد للمقابلات التالية .. ولذلك تتميز المقابلة المبدئية بكونها تشبه القاطرة التى تجر بقية عربات القطار، فاذا كانت القاطرة غير سليمة فان القطار يتعطل فى المسير..

وعلى الرغم من أن المقابلة المبدئية تكون قصيرة الا أنها ذات أهمية حيوية فى الممارسة الاكلينيكية والتى تتمثل فى

- تحديد حالة العميل (المريض) بصفة مبدئية وامكانية قبوله أو الحاقه بالعلاج.
- التعرف على الظروف الحالية المحيطة بالمريض من جميع جوانبها.
- لتعرف على الأحداث والأسماء المؤثرة فيه والتى لها علاقة به.
- الأزمنة الماضية التى شعر خلالها العميل بنفس الأزمات النفسية التى يعانى منها الآن وكيفية التغلب عليها.
- الارتباطات بين الأحداث والأزمات التى يعانى منها الآن... وما الى ذلك.

اعطاء العميل معلومات حول اجراءات المؤسسة فيما يتعلق : بجداول المواعيد ، وتكاليف الزيارة والتردد عليها .. وما شابهها من معلومات قد يحتاجها اذا ما فكر فى الانتظام فى المقابلات.

- تحديد الأسباب التى دفعت الفرد الى زيارة المؤسسة العلاجية ، ورغباته ودوافعه للعلاج ، وتوقعاته من العلاج ومن المؤسسة.
- تحديد ما يمكن أن يقدم له من تسهيلات وخدمات ارشادية (علاجية فى داخل المؤسسة ، ومدى ملاءمتها لتوقعات العميل وأهدافه العلاجية.
- تعريف العميل بالعلاقة بينه وبين الأخصائى فى المؤسسة.

وفى ختام المقابلة المبدئية يقوم الأخصائى النفسى الاكلينيكى بتخليص كل مادار فيها مما يمكن العميل (المريض) من استكمال الصورة حول العملية العلاجية ، وحول كل مقابلة من مقابلاتها مما يزيل أى شوائب حول طبيعة العلاج النفسى وشخصية المعالج.

٢ ـ مقابلة دراسة الحالة:

وهى مقابلة تجرى بهدف دراسة التاريخ الاجتماعى للحالة ، ولاتركز على تشخيص الأعراض ، بل تتجه للحصول على معلومات رئيسية عن حياة المريض وظروفه الأسرية، وعلاقاته بالأسرة والعمل ، وتشجيع المريض على الحديث المفصل عن حياته الطفلية ، والخبرات السيئة أو الناجحة التى مر بها ، وعلاقاته بوالديه وزملائه ، وحياته العملية ، وهواياته ، وعلاقته برؤسائه وزملائه فى الدراسة أو العمل .. الخ ، ومن ثم فان هذه المقابلة يقوم بها الأخصائى الاجتماعى أو النفسى على نحو ما تحدثنا فى دراسة تاريخ الحالة.

٣ ـ المقابلة التشخيصيةDiagnostic interview

وهى التى تجرى بغرض الفحص الطبى النفسى للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض فى فئة من فئات التشخيص الشائعة والتى يتضمنها الدليل التشخيصى للأمراض النفسية والعقلية (على نحو ما ذكرنا فى سياق الحديث عن

عملية التشخيص) .. وتركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض المرضية بحيث ينتهى الأخصائى منها الى التوصل الى صورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة ومتى ظهرت وكيف تطورت ...الخ.

وخلال المقابلة التشخيصية يحتاج الأخصائى النفسى الاكلينيكى الى الحصول على معلومات عن المريض تتضمن:

- التاريخ السابق للمرض ، وكيف تطورت وظهرت أعراضه المرضية ، والمآل الذى وصلت اليه هذه الأعراض.
- فحص عمليات التفكير : من حيث محتوى التفكير ، وما به من معتقدات أو أوهام، وفحص مجرى التفكير (هل يوجد توقف للأفكار ، أم ضغط للأفكار فى رأس المريض؟)، هل يوجد عدم ترابط للأفكار أو صعوبة فى ايجاد المعنى ، أو امتزاج الواقع بالخيال ، هل يوجد اضطراب في التحكم فى التفكير بانسحاب الافكار أو ادخال أفكار، أو معاناته من قراءة أفكاره..
- فحص مدركات المريض : وهل توجد هلاوس ، أو خداعات بصرية أو سمعية أو شمية أو لمسية.
- الانتباه والوعى : والى أى مدى يتعرض المريض للتشتت ، أو اضطرب فى ادراك الزمان والمكان ، قدرة المريض على الانتباه لفترة معينة والتركيز ...الخ.
- الوجدان والحالة الانفعالية : مدى الثبات الانفعالى ، مدى تجاوب الحالة الوجدانية واتفاقها مع الأحداث ، وهل يوجد أى نوع من التجمد الانفعالى.
- سلوك المريض ومظهره : فى حياته الأسرية ، والاجتماعية ، والعمل ، تعبيرات الوجه، الملبس ، أى لوازم حركية أو حسية بارزه ، طريقة التعبير عن نفسه ، طريقة النطق والكلام.

- الاستبصار بالذات مفهوم المريض عن نفسه : ومدى قدرته على ادراك الأسباب التى أدت الى مرضه ، ونظرته الى نفسه ما اذا كانت واقعية أو مشوهه.



جلسة المقابلة التشخيصيه والعلاجيه

ويحصل الأخصائى الاكلينيكى على المعلومات السابقة من مصادر مختلفة منها : الملاحظة ، واستخدام الأسئلة الموجهة ، والاختبارات والمقاييس النفسية.. ويهتم بهذه المقابلة الأطباء النفسيين والعاملين مع المرضى العصابيين والذهانيين ، ومن ثم تفرد كتب الطب لهذا النوع من المقابلات مناقشات مسهبة تشرح بتفصيل أكثر أهم الموضوعات التى يجب أن يتطرق لها القائم بالمقابلة.

٤ ـ المقابلة العلاجية theraptic interview

تتحد المقابلة العلاجية من خلال شكلين:

المقابلة التى تجرى بهدف التمهيد للعلاج النفسى : وهى ذات هدف توجيهى لاعداد الحالة لتقبل العلاج النفسى أو الطبى النفسى .. ولهذا فان

محتوى الحديث يتجه خلالها الى تعديل الاتجاهات الخاطئة لدى المريض نحو المعالجين أو الأطباء النفسيين، وزيادة ثقتة بالمعالجين ، وزيادة دافعة لقبول العلاج (ابراهيم : ١٩٨٨، ٧٧).

- مقابلات وجلسات العلاج : وفيها يتركز الهدف الأساسى على تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية التى رسمها المعالج النفسى بناء على تشخيصه للحالة سواء كانت مبنية على أسس وقائية ، أم انمائية ، أم علاجية حتى يتغلب على أزماته النفسية ويسعى الاخصائى الى تعديل أو تغيير السلوك لصالح المريض ، ولذا فهى تستغرق وقتا طويلا . كذلك قد تجرى مقابلات مع أقارب المريض لأهداف علاجية يتعلمون فيها أساليب المعاملة الناجحة معه من الوجهة الصحيحة ، وأن يدركوا أوجه الضرر الى قد يلحقونها بالمريض بسبب أساليبهم الخاطئة فى التفاعل والاتصال.

أشكال المقابلة وأساليب اجرائها

يمكن أن تتخذ المقابلة الاكلينيكية جملة من الأشكال التى تتراوح بين الصورة المقنعة للاستجواب (أى صورة الاستجواب المنهجى) ، والصورة الطليقة للتداعى (وهى السائدة فى التحليل النفسى) التى لاتتقيد بخطة سابقة أوبنموذج مرسوم ومحدد.

١ ـ الأسلوب المقيد للمقابلة :

يستند هذا الأسلوب الى نموذج محدد للاستجواب الشخصى فى صورة استخبار مقنن (استبيان) بمعنى : أن تكون المقابلة مقيدة بأسئلة معينة يسألها الأخصائى ويجيب عنها العميل (المريض).. وهذه المقابلات يغلب أن تكون قليلة الفائدة فى المواقف الاكلينيكية التى يكون تعاون المريض فيها أمرا بالغ الأهمية.

ومع ذلك : فان المقابلة المقيدة لها كثير من المزايا فى أنها:

- لاتتطلب فى الغالب أخصائى اكينيكى ذا خبرة سيكولوجية متعمقة ، بل يكفى أن يكون قادراً على اكتساب ثقة العميل ومعاونته.

- وأن بياناتها يسهل اخضاعها للتحليل الكمى.
- وأنها تتطلب فقط استيفاء الاجابة عن كل الأسئلة المطلوبة.
- وأنها توفر الوقت والجهد.
- وتيسر المقارنة بين شخص وآخر.

٢ - الأسلوب الطليق للمقابلة:

يرفض غالبية الأخصائيين الاكلينيكيين استخدام المقابلة المقيدة أو الاستجواب المنهجى ، مفضلين سلسلة من الأحاديث الحرة الطيقة التى لاتتقيد بنموذج أو خطة سابقة ، فهم يتركون الشخص ليتحدث فى حرية كيفما شاء وبما شاء، ويتجنب الأخصائى النفسى آية أسئلة مباشرة يوجهها للعميل ، ولكنه يحاول تشجيعه على التعبير عن نفسه بحرية.

وتمتاز المقابلة الطليقة أوغير المقننة بعدة مميزات هى:

أنها تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن ، وبأكبر قدر من التلقائية والحرية والمرنة ، لانها تسمح للفرد بأن يعبر عن آرائه ومشاعره وأفكاره واتجاهاته.

- تستثير قدرا أقل من مقاومة العميل.
- تيسر الكشف عن الخصائص الفريدة والفهم الأكمل والأعمق لديناميات شخصية العميل.

وتشبه هذه الطريقة ما يسمى " بالتحليل النفسى الفعال" من حيث أنها تتجه بالاهتمام الى الموقف الحاضر أكثر مما تفعل بالنسبة للتجارب والخبرات الماضية... وهكذا : تتميز العلاقة بين المعالج والمريض بالتلقائيه والتفتح بمعنى : أن المعالج يعمل من جانبه على ازالة كل ما من شأنه أن يعترض سبيل التفتح عند المريض .. ومهما يكن من أمر فان هذه الطريقة تمتاز بما تضفيه من معرفة عميقة بالشخصية ودوافعها اللاشعورية .. ومن المعروف أن مدرسة التحليل

النفسى تعطى أهمية كبيرة للدوافع اللاشعورية كمفسر للسلوك تلك التى لايفطن الفرد الى وجودها ومن ثم فلا يستطيع شرحها أو وصفها .

ولكن يعاب عليها:

- ما تتطلبه من جلسات كثيرة ، ومن ثم زيادة فى الوقت والجهد.
- الى جانب احتياجها الى محلل نفسى : فهو وحده الذى يقتدر على تأويل معطيات المقابلة ، واتخاذ موقف حيادى يحمى التأويل مما قد يتهدده.
- كما أن الصعوبة التى تواجه الأخصائى النفسى فى استخدام المقابلة للتعرف على بعض جوانب شخصية العميل هى أنه لايوجد أساس موحد يقوم عليه تقييم المعلومات التى حصل عليها.

ولقد اقترح كارل روجرز طريقة يستطيع الأخصائى الاكلينيكى بموجبها أن ينفذ الى نفس العميل ، وازلة الحواجز والموانع التى تعوق انطلاق افكاره وانفعالاته، وذلك عن طريق خلق جو من القبول والتسامح ففى المواقف الاجتماعية لايميل الفرد الى التعبير عن مشاعره الحقيقية وذلك لأنه اذا عبر عنها فسوف تكون محل امتحان الآخرين أو نقدهم أو نصحهم ، وعلى ذلك فانه يؤثر الصمت ولايفصح الا عن تلك المشاعر التى لاتجلب عليه اللوم أو النقد والتى هو متأكد بشأنها ومتأكد من موقف المستمع بشأنها ولذلك فان الاخصائى الكفء يتعلم كيف يصغى جيدا ويقنع العميل أنه مهتم به ، وأن حديثه شيق بالنسبة له ، ويعيد الفقرات التى يقولها ، ومن ثم يقنعه أنه يفهمه وأنه مهتم به ، ويجعله أكثر وعيا وادراكا لأفكاره ومشاعره ، مما يجعله يبوح بمزيد من الأفكار والمشاعر .

٣ - الأسلوب الوسيط بين المقيد والطليق:

يلاحظ أنه فى واقع الممارسات الاكلينيكية نجد أن شكل المقابلة يندر أن ينتمى انتماءا خالصا الى نوع معين من نوعى المقابلة ، بل هو يختلف فى الدرجة حسب الغرض من المقابلة ، وتدريب الأخصائى الاكلينيكى وشخصيته،

بالاضافة الى شخصية المريض ومشكلته ، والمرحلة التى يصل اليها التشخيص أو العلاج ومن ثم : توجد بين الصورتين السابقتين للمقابلة درجات متفاوتة من الأسلوب الموجه للمقابلة حيث يهتدى الأخصائى برءوس موضوعات رئيسية تستقر فى ذهنه يطوعها فى مرونة ليجيب على النوعية الفريدة للحالة.

ومن الشائع غالبا الابتداء مع العميل بمقابلة حرة يشجع فيها على التعبير التلقائى عن مشكلته ، ويتدخل الاكلينيكى فى الوقت الملائم بقدر أكبر من التوجيه على أمل أن تتوطد الثقة بعينه وبين العميل، وتأخذ المقابلة صورة أكثر تلقائية.

ونكتفى هنا بأن نقدم هذا النموذج الذى أورده ألبرتو سجوين (١٩٥٠) والذى ترجمه صلاح مخيمر باسم "المقابلة الشخصية " وهو يقصر على رءوس موضوعات فى اثنى عشر ميدانا للبحث مما يمثل أسلوبا وسيطا بين الأسلوبين المقيد والطليق وهى:

أ- الأسرة .	ب - المرض الحالى.
جـ- الطفولة .	د - سنوات التعليم.
هـ- العمل .	و - مكان الاقامة.
ز- الحوادث والأمراض .	ح - الحقل الجنسى.
ط- العادات والمشارب .	ى - الاتجاه نحو الأسرة.
ك - الاتجاه نحو المرض الحالى .	ل - الأحلام.

ومع ذلك : فانه فى جميع الحالات يغلب أن يخطط للمقابلات الاكلينيكية مسبقا ، بمعنى : أن تحدد استراتيجيتها ، وإن كان يصعب التحديد المسبق لتكنيكاتها وفى ضوء الاستراتيجية تصاغ الأسئلة التى تهدف الى الحصول على المعلومات عن تاريخ العميل وخصائص شخصيته ، وطبيعة المشكلة التى يواجهها.

العوامل المؤثرة فى اجراء المقابلة

١- الدافع الى طلب المقابلة:

من الضرورى أن يتعرف الاكلينيكى على الظروف التى دفعت العميل (المريض) الى طلب العلاج:

- هل دفع اليه دفعا أم طبه بدافع من ذاته ؟
- مصادر معرفته بامكانيات العمل الاكلينيكى وتوقعاته منه ، ومدى استبصاره بالخدمة النفسية ؟.

وفى الغالب يأتى الأفراد سعيا وراء المساعدة السيكولوجية بسبب ما يعانون من مشاعر الضيق أو القلق أو الحزن .. أنهم يشعرون أنهم لايملكون المعلومات والمعارف الكافية التى تساعدهم على التعامل مع مشاكل الحياة ، أو يعتقدون انهم لايمتلكون القدرة والكفاءة للتغلب على صعاب الحياة، ويشعرون أنهم مختلفون عن بقية الناس ، كما أنهم يرغبون أن يكونوا مختلفين عما هم عليه الآن وذلك يخلق لديهم حالة من التوتر tension ونوعا من الخوف الغامض فى الاحساس بأن شيئا ما خطأ فى ذواتهم.

وهناك آخرون يحضرون للعلاج بدافع الاستطلاع والمعرفة ، أو تلبية لرغبة شخص آخر..

ومن ثم فانه عند بدء المقابلة ينبغى :

- ضرورة التأكد من وجود القلق أو الاضطراب لدى العميل.
- الرغبة فى حدوث بعض التغيير فى شخصيته وتوقع حدوث مثل هذا التغيير
- قبول حدود الممارسة الاكلينيكية والعلاجية ، واحتمالاتها كوسيلة لمساعدته
- أن يقدم على المعالج تلقائيا ومتطوعا وليس قسرا أو ارغاما . (العيسوى: ١٩٧٥، ٣٠٠-٣٠١)

٢ ـ تكوين الألفة والعلاقة الودية مع العميل:

الركيزة الأولى فى آية مقابلة اكلينيكية هى قدرة الأخصائى على اقامة علاقة دافئة ومشجعة بينه بين المريض تلك التى تجعله يشعر بالارتخاء والثقة بحيث يتكلم فى حرية عن كل شيء فى الاتجاه المطلوب تلك التى نسميها بعلاقة الألفة والتواد rapport ، والتجاوب والاحترام ، والفهم والاهتمام والاخلاص والثقة المتبادلة ، والتعاطف empathy ، والدفء دون استحواذ nonpossessive warmth، والصدق الخالى من الزيف genuiness ويجب أن تستمر الألفة بين الأخصائى والعميل طوال المقابلة .. ولضمان تكون الألفة يقترح أن تبدأ المقابلة بمصافحة اليد والترحيب والبشاشة وتوفير جو أمن خالى من التهديد يستطيع فيه العميل أن يقول كل شيء وأى شيء ، ثم ينتقل الى عمل العميل وهواياته واهتماماته ومشكلاته...الخ . ففى هذا مايسمح بتحقيق الارتخاء النسبى من حيث أنه يتيح له التخلص من بعض توتره ، وبالتالى يسمح له بأن يتحدث فى حرية وهذا هو الأثر التنفيسى للمقابلة وهى فرصة تسنح للمريض أن يتخلص من بعض ما يثقل نفسه عن طريق الافراغ اللفظى والاعتراف بالسر.

وهكذا : فمن المهم بالنسبة للأخصائى أن يكون ودودا صديقا بشكل يشجع المريض ويطمئنه .. وليس معنى ذلك:

- أن يتبادل مع المريض بعض النكات.
- أو أن يكون مرحا أكثر من اللازم.

ولكن يجب:

* أن يأخذ الموقف صفة الجدية : فليس هناك شيء يطمئن المريض مثل أن يأخذ موقف المقابلة شكل العمل الجاد.
* أن يكون الأخصائى على اهتمام أصيل بمصلحة عميله : وأن ينطوى على قدر من دفء الشعور.
* كما يجب على الأخصائى ألا يشرد وقت المقابلة : حتى لاينسى شيئا قاله المريض ، أو يضطر الى أن يسأله عن موضوع سبق أن تحدث عنه..

فلو شعر المريض ولو شعور غامض بأن الاكلينيكى لايحفل به أو بأنه لايبعث على الثقة فانه لايدلى بل لايستطيع الادلاء بكل المعطيات اللازمة للتشخيص الحق ، وكثير من هذه المعطيات تضيع من ذهنه ، وقد لايتذكرها الا بعد انتهاء المقابلة.

٣ ـ بدء المقابلة :

تبدأ المقابلة ـ عادة ـ بحديث ترحيب وتعارف بين الأخصائى والعميل، ومن الأفضل أن يقوم الأخصائى بتحيته قبل الآخرين المصاحبين له ، ثم يطلب منه (أى من العميل) أن يقوم بتقديم أقاربه المصاحبين له وان كان قد سبق لنا لقاؤهم أو الحديث عنهم حتى لايشعر العميل بالعزلة أو الاغتراب.

والنمط المألوف أنه بعد التعارف يبدأ العميل فى وصف مشكلاته ويقوم الأخصائى الاكلينيكى بدور المستمع .. واذا حدث أن استغرق هذا الوصف معظم المقابلة فان الأخصائى يحرص على أن يستخدم الجزء الأخير من المقابلة لتحديد العلاقة بينه وبين العميل ، كما يحرص على أن يضع مع العميل خططا للمقابلات التالية كى يشعر العميل بأنه قد كسب شيئا إيجابيا من الجلسة ، وإلا إنتابه الشعور بأن الأخصائى الاكلينيكى قد علم الكثير، ولم يعلم هو أو يتعلم شيئا.

ومن الشائع أن العميل بعد أن يستعرض مشكلاته فمن المرجح (خاصة اذا كان قد سعى بنفسه لطلب المقابلة) . أن يرجع الى المشكلة التى تضايقه وتزعجه أكثر من غيرها .. فاذا أحرز تقدما كافيا فى حل هذه المشكلة فانه ينتقل الى غيرها بحسب درجة أهمية كل منها له ، وبحسب مدى حاجته الى ايجاد حل سريع لكل منها.. واذا لم يشعر العميل بالأمن الكافى فى علاقته مع الأخصائى الاكلينيكى فانه قد يلجأ فى البداية الى موضوع سطحى أو زائف أو مأمون ليختبر استجابة الأخصائى له ـ فاذا رضى عن هذه الاستجابة أو تقبلها فانه يكشف عن المشكلات الهامة أو الأكثر جدية والأكثر ارتباطا بمشكلاته الانفعالية .. ويخطى الأكلينيكى اذا حاول فى البداية أن يذهب الى ما هو أعمق من السطح دون مراعاة لدرجة

استعداد العميل .. لأن نفس الأسباب التى تدعوه الى الالتجاء الى الموضوعات السطحية هى التى تدعوه الى مقاومة هذه المحاولة من جانب الاكلينيكى .. (الزيادى : ١٩٦٧).

٤ ـ توفر السرية التامة:

يأتى المريض ـ عادة ـ الى العيادة وهو قلق من افشاء أسراره .. وفى هذه الحالة قد يكون من المفيد أن نطمئنه على سرية مشكلاته دون مبالغة ، . والحذر من أى شيء يثير الشك فى نفس المريض، على النحو التالى

- عدم تأكيد سرية المشكلات أكثر من اللازم ؟ ، فقد يتطوع الأخصائى لكى يؤكد للمريض أن مشكلاته الخاصة محاطة بالسرية التامه دون أن يطلب المريض مثل هذا التأكيد وهذا من شأنه أن يبعث بعض الشك فى نفس المريض.
- عدم تحدث الأخصائى الاكلينيكى فى التليفون أمام المريض عن حالة مريض آخر، أو يناقش مع المريض مشكلة مريض آخر على سبيل التشبيه أو لتوضيح نقطة معينة.
- كذلك : يجب ألا يوضع ملف لمريض آخر على مكتب الأخصائى أمام المريض الذى تجرى معه المقابلة ، حتى لايظن أن ملفه يمكن أن يكون بمحتوياته عرضة لاستقراء محتوياته.

٥ ـ الخصوصيةPrivacy :

بمعنى أن تجرى المقابلة بين الأخصائى الاكلينيكى والمريض على انفراد.. فقد يتوهم البعض : أن وجود شخص ثالث (كممرض أو ممرضه مثلا) لايؤثر على سير المقابلة ، وأنه من الممكن اقناع المريض بأن مثل هذا الشخص قد اعتاد الاستماع الى مثل هذه الأمور.. لكن الواقع خلاف ذلك : اذ يجد العميل صعوبة كبرى فى تناول مشكلاته إلا أمام الأخصائى ، ويكون من الصعب جدا أن يتحدث عن مشكلاته الشخصية فى مكان مزدحم بأشخاص آخرين.. ومن ثم : يجب عدم

السماح لأى شخص خلاف الأخصائى بالتواجد أثناء المقابلة على أى نحو من الأنحاء .. فالسرية لابد منها كى يستطيع المريض أن يتحدث فى حرية تامة صادقة عن مشكلاته الشخصية العميقة.

٦ ـ طريقة التسجيل أثناء المقابلة:

يثير موضوع كتابة الأخصائى الاكلينيكى للمذكرات أثناء المقابلة الكثير من النقاش :

- يرى فريق من الاكلينيكيين أن فى كتابة سير المقابلة ما يزعج الأخصائى الذى يجد نفسه مضطرا الى أن يوزع انتباهه مابين الاستجواب والكتابة ، كما أن هذه الطريقة من الممكن أن تزعج بعض العملاء أو تشعر المريض بالحرج والضيق من تسجيل بيانات وموضوعات من المفروض أنها سرية.. خاصة حينما يرى أسراره الدفينة تسجل ، ويتوهم بالتالى امكانية أن تنتقل يوما الى العلانية .. وقد يشعر آخرون بأن كتابة المذكرات أثناء المقابلة تؤدى الى انصراف الأخصائى عنهم أو أنها تقف حائلا بين الأخصائى والمريض.

ومن ثم :

يرى هذا الفريق من الاكلينيكيين أنه يجب ألا يقوم الأخصائى بكتابة أقوال المريض مباشرة أثناء المقابلة ، ويجب أن يقوم بهذا العمل بعد انتهاء المقابلة مباشرة ... ومع ذلك يعترض على هذه الطريقة بأنه من المحتمل أن تتعرض المعلومات التى يأخذها الأخصائى للنسيان والتشويه أو التحريف عند تسجيلها وكتابتها بعد انتهاء المقابلة.

- وهناك فريق آخر من الاكلينيكيين يرى أن معظم العملاء لايعترض على كتابة الأخصائى لبيانات المقابلة وليس فى ذلك ما يزعج المريض، فحسبه أن يقتنع باهتمام الأخصائى به وعمله على مصلحته .. ويمكن أن يبدأ الكتابة بعد الدقائق القليلة الأولى من المقابلة.. وقد يكون من المفيد طمأنة

المريض وشرح الغرض من كتابة المذكرات ، ولكن يجب أن يتوقف الأخصائي عن الكتابة حين يصل الاستجواب الى الجوانب الخاصة الأليمة أو غير السارة أو الحقل الجنسي أو غير ذلك تفاديا لقلق المريض وازدياد مقاومته.

- وهناك اتجاه أمريكي يشير الى استخدام أجهزة التسجيل الصوتية بدلا من كتابة المذكرات عن محتوى وبيانات المقابلة .. غير أن هذا الاجراء يجب استخدامه بعد موافقة المريض، لأن التسجيل دون علم المريض يعد استخداما سيئا للسلطة من قبل الأخصائي ، كما أنه يتعارض مع الأوليات الأخلاقية للعمل الاكلينيكي.

٧ - المواعيد:

تعتبر مواعيد المقابلات من العوامل الهامة المؤثرة فى نجاح المقابلة التى يجب أن ينتبه لها الأخصائي الاكلينيكي .. واذا اتفق الأخصائي مع المريض على سلسلة من المقابلات فيجب:

- أن يوضع جدول بمواعيد ثابته في يوم وساعة محدد من كل اسبوع وأن يكون تحديد مواعيد الجلسات مريحا لكل من الأخصائي والعميل ، وألا تتعارض مع مواعيد العمل ، ويجب ألا يعتذر الأخصائي عن أى منها الا للضرورة القصوى.

- ويجب أن يكون الزمن كافيا لاجراء المقابلة : ويختلف الزمن حسب حالة العميل ومشكلته والمعلومات المطلوبة وغالبا يتراوح زمن المقابلة الواحدة بين نصف الساعة والساعة بمتوسط ٤٥ دقيقة .. ويلاحظ : أن المقابلة اذا كانت قصيرة فانها لاتؤتى ثمارها المنشودة.. وقد يعتبر بعض العملاء أن المواعيد أقل مما يرجون أو يتوقعون أو يحتاجون ، ويطيلون فى كل جلسة، أو يشعرون بالضيق عندما تنتهى ، وخاصة اذا كانت هناك جلسة كل أسبوع وقد يعتبر البعض الآخر أن المواعيد أكثر مما يتوقعون او

يحتاجون ، وأنها تؤثر على سير حياتهم العملية، وهذا يجعلهم يتخلفون عن بعضها.. لذا: فان تحديد الزمن لكل مقابلة يجب أن يخضع لظروف كل حالة.

- ويجب أن تكون المقابلة فى الوقت المحدد لاقبل ولابعد : لأن القيام بالمقابلة قبل الموعد المتفق عليه مسبقا قد يفسره بعض المرضى بأنه مبالغة فى الاهتمام وقد يشكون فى دوافع الأخصائى نحوهم .. واذا بدأت فى وقت متأخر عن موعدها المحدد فقد يدركه البعض على أنه علامة على عدم جدية الأخصائى أو فتوره أو نفوره منهم.

- اذا حدث أن طلب العميل تحديد موعد مقابلة أو جلسة خارج الجدول المتفق عليه فيحسن أن يكون الموعد فى أقرب وقت أو فى نفس الوقت ان أمكن لأن هذا الوقت يعتبر هو اللحظة السيكولوجية المناسبة لاجراء المقابلة والتى يستطيع فيها تفريغ ما عنده من مشكلات ومستدعيات.

٨- المكان:

- يجب أن يكون مكان اجراء المقابلة غرفة معدة خصيصا لهذا الغرض، وأن تكون هادئة خالية من الضوضاء والمقاطعات والتدخل وعوامل التشتت مما يساعد على الراحة والطمأنينة والاسترخاء وييسر سير المقابلة.. وليس من اللائق مطلقا أن تتم المقابلة فى المنزل أو فى نادى أو فى أى مكان عام لأن مثل هذه الأماكن لايمكن أن تعطى جو المقابلة ولاتساعد على اقامة علاقة التواد بين الاخصائى والمريض..

- ويجب أن تكون الغرفة مستقلة لايوجد بينها وبين غيرها حواجز أو فواصل خشبية لأن المريض يشعر بالضيق خاصة اذا سمع أصواتا فى الغرفة المجاورة، ويعتقد أن صوته يمكن أن يسمع فى الجانب الآخر.

- وأثاث الغرفة يتكون عادة من مكتب وكرسيين، وأن يكون الكرسيان متقاربين فى الطول ومن نفس الطراز، وأن تكون الكراسى مريحة بقدر الامكان ، وأن تكون الاضاءة مريحة : فلا يوضع المريض أمام أشعة الشمس المباشرة أو أمام ضوء مباشر يرهقه، ولابد أن تتوفر التهوية الجيدة التى تشعر المريض بدرجة معقولة من الراحة، وألا يسمح بدق جرس التليفون خلال المقابلة.. كل ذلك يؤدى الى انعدام القيود ويدعو الى التخفف من التوتر والاطمئنان.

وفى جلسات التحليل النفسى تستخدم أريكة ينام عليها المريض، على أن يجلس المحلل خلفه أى لايقع مباشرة فى محيط بصر المريض (العميل)، حتى يتيح له الفرصة لانطلاق أفكاره دون قيد.. وفيما عدا ذلك فيستخدم موقف المواجهة، الا اذا كان المريض نفسه لايستطيع أن يتكلم إلا اذا نظر بعيدا الى حائط أو نافذة ... وفى جميع الحالات يجب ألا يكون الأخصائى والمريض متباعدين كثيرا بشكل يعطل الاتصال والاستماع الجيد.

٩- جو المقابلة وسيرها:

هناك عدد من المبادىء يجب على الأخصائى الاكلينيكى أن يراعيها أثناء سير المقابلة مثل : يجب أن يضع الأخصائى فى اعتباره أن المريض جاء يطلب المساعدة ، وعليه أن يحاول تقديمها له.. وفى هذه الحاله على الأخصائى ألا يضع نفسه فى مرتبة أعلى فيبدو فى صورة الناقد أو المسيطر، أو الرجل صاحب الفضيلة، كما لايجب أن يأخذ موقف المقابلة بوصفه موقفا مسليا بالنسبه له ، بل يضع نفسه فى نفس المستوى الذى يقف فيه المريض.

- على الاخصائى أن يضع أسئلته فى صياغة واضحة ومختصرة، ولا توحى باجابات معينة كما أن الأسئلة الحرجة يجب أن تلقى ببساطة ، ودون خجل ، لأن الأخصائى اذا شعر بالخجل فى موضوعات معينة، فلن نتوقع من المريض أن يعبر بحرية عن مشاعره.

- يجب أن يجيد الأخصائي الاكلينيكي فن الاصغاء : وينبغي أن يكون راضيا عن اتاحة الفرصة كاملة وغير مقيدة للعميل (المريض) للتعبير عما بنفسه دون اقحام آرائه او رغباته أو نظرياته.. وليس معنى هذا أن يكون مجرد آلة سلبية فان الذى يجيد الاصغاء هو الذى يستطيع بأسلوبه واتجاه أن يقنع عميله بمدى اهتمامه وتقديره الأصيل لما يروى.

- اذا ظهر القلق على المريض فى موقف المقابلة بصورة تشل حركته ، وبحيث لايتمكن من الكلام بسهولة فيجب على الأخصائى أن يوجه بعض الأسئلة البسيطة التى تساعد على اقامة علاقة التواد ، ولايخوض بسرعة فى المشاكل التى تحمل ثقلا انفعاليا كبيرا فى وقت لايكون فيه المريض مستعدا لمناقشتها..

- اذا لجأ المريض الى تكرار موضوع معين دون أن تكون لديه القدرة على الانتقال الى موضوعات أخرى ، وفى هذه الحالة يجب على الأخصائى أن يتحرك بأسئلته بسرعة توفيرا للوقت.

- اذا حدثت فترات صمت ، فيجب على الأخصائى أن يواجهها بحكمة ومهارة . ففترات الصمت ضرورية ويجب ألا يتعجل الأخصائى اجابات المريض، الا اذا طالت فترات الصمت وأدت الى ضجر المريض وضيقه ، فهنا يجب ان يتدخل الأخصائى فى الوقت المناسب طبقا لحسه الاكلينيكى ومهارته.

- اذا أعطى المريض اجابات مصطنعه : فيجب على الأخصائى أن يعيد صياغة بعض الأسئلة من جديد بطريقة تشجع المريض على الحديث، ولكن لايحاول أن يفرض نفسه لانتزاع اعترافات من المريض فاذا أصر على أن يعطينا دائما اجابات مصطنعة فعلى الأخصائى أن يعتبر ذلك علامة فى سلوكه لها دلالتها التشخيصية.

- اذا حدث وعبر المريض أثناء المقابلة عن بعض انفعالاتـه بشدة كالبكـاء ، أو الصـراخ ، أو الغضـب ...الـخ فالاخصـائى هـو المسـئول عـن ضبـط الموقـف حتـى لايفلـت مـن يـده.. ويجـب أن يظهـر للمريـض تعاطفـه مـع مشكلاته دون أن يتورط معه انفعاليا فيفقد السيطرة على انفعالاته هو وقد يكون الصمت والهدوء هما أنسب الطرق لمواجهة هذا الموقف، فـاذا اندفـع المريض فى تعبيره وأحس الأخصائى أن زمام الموقف سوف يفلت من يده فعليه أن يحـاول تغيير الموضـوع ويقـول للمريـض ان هنـاك موضوعـات أخرى يود مناقشتها .

مضمون ومحتوى المقابلة

١ - عرض المشكلة:

فى بداية المقابلة يجب أن يعطى الأخصائى للمريض الفرصة الكاملة لعرض مشـكلته كمـا يراهـا ، وأن يتحـدث عـن أعـراض مرضـه ، وكيـف كـان احساسـه بالأعرض الأولى ، وماذا كان منه عند ذلك وما الذى ترتب عليها.. الا أنه يلاحظ:

- أن المريض الذى أتى بنفسه الى العيادة جاء ليعرض مشكلته ويتخفف مـن عبئهـا الـى حـد مـا.. واعطائـه هـذه الفرصـة يسـاعده علـى الراحـة وعلـى استكمال المناقشة.

- والمريـض الـذى حولتـه جهـة خارجيـة كالمدرسـة مثـلا يجـب أن يعطـى الفرصة كذلك ليوضح مشكلاته أو أعراضه.

وفى بعض الأحيـان يتسبب التحويـل فـى شـىء مـن الذعـر عنـد الأشـخاص المضطربين انفعاليـا وعلـى الأخصـائى الاكلينيكـى أن يوضــح الأمـر للمريــض ويهدىء من روعه ، ثم يدعه يتحدث عن مشكلته ويعبر عـن نفسـه بهـدوء ويتقبـل منه كل ما يقوله وهذا التقبل يريح المريض ويطمئنه.

والطريقة التى يعرض بهـا المريض مشكلته أو أعراض مرضه لها قيمة تشخيصية هامة:

- فقد ينكر وجود مشكلة على الاطلاق ، أو قد يلقى المسئولية على الآخرين، أو قد يحاول تبرير تصرفاته.
- وهناك مرضى يشعرون بقلق شديد ويلاحقون الأخصائى بالأسئلة ويطلبون منه المساعدة الفورية.
- وهناك مرضى يكون لديهم نوع من الاستبصار ويناقشون مشكلاتهم بوضوح وصراحة.

ومهما كان الطريقة التى يعرض بها المريض لمشكلته فمهمة الأخصائى أن يتقبل كل ما يقوله وينصت له بامعان.. وعندما ينتهى المريض من عرض مشكلته نستطيع مواصلة المقابلة.

٢- الأسرة:

من المهم للأخصائى الاكلينيكى أن يسأل المريض عن بيانات عن أسرته:

- الأب اذا كان على قيد الحياة يسأل عن عمره وعمله وصحته، ونمطه ، وعاداته.. واذا كان قد توفى فمتى كان عمره عند الوفاه، وسبب الوفاة ، وعمر الأم عند وفاة أبيه.
- وتسأل نفس الأسئلة فيما يتعلق بالأم ، والاخوة والاخوات والأجداد والجدات.
- يسأل المريض عما اذا كان قد عاش منذ ميلاده حتى الآن بين أبويه.. واذا كانت الاجابة بالنفى فمن الأشخاص الذين عاش معهم ويسأل نفس الأسئلة السابقة عنهم.
- ترتيب الطفل الميلادى وموقعه بين اخوته، ودرجة تفاهمه مع كل منهم.

- طريقة تربيته : تسامح ، صرامة ، تدليل، العقاب (أسبابه ، وكيفيته، ومن الذى كان يوقع به العقاب، واستجابته لذلك).. ومن الشخص الأكثر تدليلا له .. ولمن كان يوجه حبه فى الطفوله (للأب أم للأم)، وهل يشعر بالسعادة بين أهله ..الخ

٣ - الطفولة:

يسأل المريض عن طفولته ، ونمطه (هدوء ، شراسة).. وتطوره البدنى والنفسى منذ الميلاد : الرضاعة والفطام والمشى والكلام)، العمر الذى توقف فيه عن تبليل الفراش.. وما اذا كان قد مارس قضم أظافره، وهل أصيب بنوبات عصبية.. السن الذى بدأ ينام فيها بمفرده ، استجابتة لميلاد أخ جديد...الخ.

٤ - التعليم:

يسأل المريض عن عمره عند دخول المدرسة واستجابتة لذلك ، والمستوى التعليمى الذى وصل اليه والمواد التى كان يفضلها أكثر من غيرها، وهل كان متفوقا فى دراسته أم متخلفا، المهنة التى كان يطمح لها وهو صغير، وعما اذا كانت الأسرة قد مارست عليها ضغوطا فى أثناء دراسته .. ويسأل عن علاقاته بأصدقائه، ومدى رغبته فى الزعامة أم اقتفاء أثر الغير .. وعن مدرسيه ،علاقاته بهم ، والأثر الذى تركوه فيه.

٥ - العمل:

- اذا كان المريض يعمل نسأل عن عمله الأول وطبيعته وما كان عليه، واتجاهه نحوه ... ودافعه للعمل.
- اذا كان قد ترك عمله فيسأل عن السبب فى ذلك..
- ويسأل عما اذا كان شغوفا بعمله الحالى، راضيا عنه ، قانعا بأجره وعلاقاته بزملائه ورؤسائه ومرءوسيه.. وطموحاته فى المجال المهنى، والصراعات الانفعالية التى تواجهه فى عمله.

٦ ـ **طموح المريض وتوقعاته تجاه المستقبل:**

من المهم للأخصائي الاكلينيكي أن يتعرف على طموحات المريض وخاصة في مجال العمل، والزواج، والأسرة..

- ماذا يعني المستقبل بالنسبة له؟
- هل يتوقع النجاح أم الفشل؟
- وماذا يرى أن القدر يخبيء له؟
- هل يرى المستقبل مشرقا أم مظلما؟
- ما هي طموحاته بالنسبة للمستقبل؟
- وما هي المهنة التي يعد نفسه لها؟

فمثل هذه الأمور تجعل الأخصائي يتمكن من معرفة ما اذا كانت طموحات المريض واقعية أم خيالية، وهل هو متفائل أم متشائم بخصوص المستقبل.

٧ ـ **درجة استبصار المريض بالعوائق أو بالاحباطات التي تواجهه:**

- فالأخصائي الاكلينيكي بحاجة الى معرفة شيئاً عن العوائق والاحباطات التي يخبرها المريض أو التي يتوقع أن يواجهها في المستقبل.
- وهو في حاجة الى التعرف على درجة استبصار المريض بالعوائق التي تعترضه ، والتي يجب عليه تخطيها لكي يحقق طموحاته وأهدافه، فمن خلال ذلك يحاول الأخصائي الحكم على درجة استبصار المريض بالعوائق التي تعترضه ، والتي يجب عليه تخطيها لكي يحقق طموحاته وأهدافه، فمن خلال ذلك يحاول الأخصائي الحكم على درجة استبصار المريض وارتباطه بالواقع.. كما يحاول ملاحظة العوائق التي تقف في طريقه فعلا مثل : الذكاء ، أو التعليم ، أو السن ، أو الفقر، أو الأطفال ، أو الأسرة ... الى غير ذلك..

٨ ـ الاهتمامات :

من الجوانب الهامة التى يجب أن يغطيها الاخصائى الاكلينيكى أثناء المقابلة لفهم مشكلات المريض أن يتعرف على طريقة تفكيره واهتماماته والمجالات التى تشغله مثل : الدراسة ، أو الموسيقى ، أو التمثيل، أوالقراءة ، أو الذهاب الى السينما،أو صحبة الأصدقاء ، أو الألعاب والرياضة ...الخ، ولكن الذى يجب أن ينتبه اليه الاخصائى الاكلينيكى هو معرفة ما اذا كانت هذه الاهتمامات واسعة أم ضيقه ، وهل يشارك المريض فى النشاط أم هو سلبى ومتفرج فقط.

٩ ـ المشاركة الاجتماعية فى النشاط الترويجى:

من الأهمية بمكان التعرف على اهتمامات المريض الترويحية ووسائله فى التسلية ونوع النشاط الذى يمتعه أكثر من غيره..

ثم معرفة مدى مشاركة المريض الاجتماعية فيها.. ومن المهم أن يعرف الاخصائى نوع رفاقه الذين يقضى معهم أوقات فراغه : هل هم أكبر منه سنا أم أصغر، وهل هم من الأسرة أم أصدقاء من خارجها،أم لايهتم بالأصدقاء عموما.. وهل يتولى مركز القيادة فى أى عمل ترفيهى أم عادة ما يكون تابعا للآخرين.. فمثل هذه الأمور من الأهمية بمكان لتفهم الصورة الاكلينيكية لحالة المريض..

١٠ ـ الخبرات المؤلمة واستجابة المريض لها:

يجب أن يعطى المريض الفرصة لكى يعبر عن خبراته المؤلمة الحزينة، وهذه الفرصة تتيح المجال للأخصائى الاكلينيكى لكى يتعرف على الأحداث التى كانت بمثابة تهديد للمرض.

وهنا : من الممكن أن يتحدث المريض عن الصدمات التى تعرض لها فى حياته العاطفية، أو الأسرية، أو الدراسية، أو الاجتماعية ...الخ.

وعلى الأخصائى : ألا يلاحظ نوع هذه الصدمات فقط ، بل درجة تناسب استجابة المريض للصدمة ذاتها.. فهذه الاستجابة كما يصفها المريض لها قيمة

تشخيصية كبيرة فمن خلالها يمكن معرفة ما اذا كانت انفعالاته ومشاعره واقعية وتتلاءم مع الحدث المؤلم ، أم أنها عنيفة جدا ومبالغ فيها بالنسبة لهذا الحدث، أم أنه متبلد المشاعر ازاءه.

١١ ـ مزاج المريض وحالته الوجدانية:

- مزاج المريض وحالته الوجدانية من الممكن أن نستنتجها من مظهره العام، ومن محتوى كلماته ومن طريقته فى الحديث.
- كما يجب أن يكون الأخصائى أكثر عمقا فى الحكم على حالة المريض المزاجية من خلال الأسئلة التى يمكن توجيهها للمريض مثل:

"هل أنت شخص سعيد؟ ، هل شعرت مرة أن الحياة لامعنى لها؟ ، هل شعرت مرة بأنك سعيد جدا لدرجة أنك لم تدر ماذا تفعل؟ ، الى أى حد تهتز وتفرح اذا كنت سعيدا؟ هل تشعر دائما بالاجهاد والتعب؟ ، هل تشعر أحيانا بأنك تريد أن تقتل نفسك، هل تشعر كثيرا أنك مكتئب جدا؟ الخ."

فالاجابة عن مثل هذه الأسئلة تعطى الأخصائى بعض المعلومات التى توضح له الطبيعة المزاجية للمريض.. ويجب على الأخصائى أن يتدرج فى مناقشة هذا الموضوع تدرجا طبيعيا ، ويضع أسئلته بشكل معقول ومناسب حتى لاتوحى هذه الاسئلة باجابات معينة.

١٢ ـ القلق:

فكثير من الموضوعات التى يتحدث عنها المريض بوصفها مصادر لقلقه، ليست الا واجهة سطحية، وهى ليست الا بدائل للمصادر الحقيقية المكبوته ولكن من المهم التعرف على هذه المصادر التى يراها المريض سببا لقلقه، فمن الممكن أن تكون مرتبطة بالمصادر الحقيقية التى لايستطيع هو رؤيتها بوضوح..

فالأسئلة التى يسأل عنها المريض : " ما الذى يقلقك دائما أكثر من غيره؟ وهل ترى نفسك دائما قلقا دون أن يكون هناك داع للقلق؟ ، وهل هذا القلق مؤقت أم دائم...؟

فالاجابة عن هذه التساؤلات غالبا ما تتعلق بموضوعات خاصة بالدراسة ، والصحة ، والبيت، والأسرة، والدين، والعمل، والحوادث ، والعادة السرية، والجنسية المثلية أو الغيرية...الخ.

١٣ـ المخاوف:

أيضا فان معظم المخاوف التى يتحدث عنها المريض ليست الا بدائل لمصادر أخرى عميقة للخوف. وغالبا ما يكون الخوف من الأماكن المفتوحة، أو الخوف من الأماكن المغلقة، أو الخوف من الأماكن المرتفعة، أو الخوف من النار، أو الخوف من الحيوانات ..الخ.

ويجب على الأخصائى أن يلاحظ هذه المخاوف التى يتحدث عنها المريض ويسجلها سواء كانت حقيقية أم بدائل.

١٤ ـ مصادر الصراع:

اذا ما استطاع الأخصائى الاكلينيكى أن يقف على الصراع الأساسى عند المريض ، فانه بذلك يكون قد خطا خطوة أساسية نحو فهمه .. ويجب على الأخصائى الاكلينكيى أن يوجه اهتماماته الى جميع أنواع الصراعات التى يذكرها المريض فى علاقاته مع الآخرين .. اذ أن الصراعات الداخلية التى تدور داخل المريض غالبا ما تعكسها الصراعات الخارجية التى تدور بين المريض الآخرين..

وغالبا ما تقع الصراعات عند المريض حول المعتقدات الدينية، أو الأخلاق، أو المعايير ، أو القانون ، أو مجال العمل..

فاذا كانت صراعات المريض فى مجال العمل فيجب على الأخصائى الاكلينيكى أن يتلمس أى روابط بين الصراعات الموجودة فى مجال العمل والصراعات الموجودة فى داخل الأسرة أى معرفة العلاقة بين المريض ورئيسه، وطبيعة علاقته بوالديه، أو علاقة المريض بزملائه وطبيعة علاقته باخوته...الخ.

هل هنـاك ميل لأن يدافـع عـن أعضـاء أسـرته، أو أن لديـه ميـل لأن يسـقط عليهم مشاكله الشخصية، وهل هو قلق تجاه البيت، وهل يشـعر بعـدم الأمـان فـى البيت...الخ

١٥ ـ المعتقدات الدينية:

فالكشف عن هذا الجانب يوضـح لنـا جـزءا هامـا مـن الصـورة الاكلينيكيـة للمريض.. فالجانب الدينى جزء من التركيب النفسى للفرد ولايجب اهمالـه، وكثـيرا ما يكون مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة..

- فالاتجاهات الالحادية فى الدين غالبا ما تكون نوعـا مـن العـدوان الموجـه نحو مصدر السلطة (الأب)..
- والحماس الدينى المتطرف غالبا مـا يكـون محاولـة دفاعيـة مـن المريـض لكى يلوذ من الاحساس بالذنب الناجم عن دفعاته الجنسية..

أى أن هـذه الاتجاهـات الدينيـة مـن الممكـن أن تكـون أعراضـا تعـبر عـن مصادر عميقة بعيدة عن شعور المريض..

١٦ـ مشاعر الذنب:

على الأخصائى الاكلينيكى أن يحاول التعرف علـى درجـة شـعور المريـض بالذنب وذلك من خلال عديد من التساؤلات :

- هل تشعر دائما بأنك انسان سيء؟ ، وما هى الجوانب السيئة فيك؟
- ما الذى يشعرك دائما بالذنب؟ ، هل تعتقد أنك ترتكب دائما أفعالا سـيئة؟، وما الذى تفعله ؟.

أن الاجابة عن هذه الأسـئلة يمكـن أن يعـبر فيهـا المريـض عـن شـعور عـام بالذنب أو شعور خاص بموضوعات معينة.. وقد يعبر عن الرغبة فى التكفـير عـن ذنوبه التى يبالغ فيها، وقد يعبر عن خوفه من اتهام الآخرين له ، وقـد يـبرر أفعالـه أو يتضح لديه ثنائية فى اتجاهاته نحو سلوكه.

١٧ - أوجه الكف:

على الأخصائى أن يناقش مع المريض أوجه القمع والضبط التى يفرضها على نفسه شعوريا أو لاشعوريا .. ولهذه المناقشة أهمية قصوى اذا استطاع المريض أن يتحدث عن أوجه القمع هذه .. ومن ناحية أخرى فان العجز عن التحدث عن أفكاره الضابطة له أيضا دلالة سيكولوجية ..

وهنا : على الأخصائى الاكلينيكى أن يفرق بين أمرين:

- هل سلوك المفحوص تضبطه قوى رادعة خارجية أم قوى رادعة داخلية؟.
- وهل المريض لايرتكب فعلا مستهجنا لأنه يخاف من عقاب خارجى يوقعه عليه أشخاص آخرون ، أو سلطة قانونية أم هو لايرتكب هذا الفعل خوفا من ضميره الشخصى؟

ويجب أن نعرف أن انكار المريض لوجود آية أسس ضابطة أو كف على سلوكه له أيضا معنى تشخيصيا فى السياق النفسى لهذا المريض.

١٨ - الأفعال الوسواسية والأفكار القهرية:

يستطيع الأخصائى أن يتعرف على بعض الأفكار الوسواسية والقهرية المسيطرة على المريض أثناء المقابلة من خلال سلوكيات المريض ومحاولاته المستمرة للتأكد من غلق الأبواب حتى لايسمع الناس بما يقوله ، أو كثرة غسيل الأيدى ، أو كثرة التفكير المستمر فى بعض الأفعال الفاحشة أو العدوانية...الخ.

ويمكن أن يسأل الأخصائى المريض :

- هل تقوم ببعض الأفعال التى ترى نفسك مجبرا عليها ولاتستطيع مقاومتها دون سبب معقول ؟
- هل تفكر أحيانا فى بعض الأمور التى لاتريد التفكير منها؟
- هل تجد أحيانا بعض الأفكار تقحم نفسها على مجال تفكيرك بالقوة؟ حدثنى عن هذه الأفكار ..

وغالبا ما تدور استجابات المرض حول التطير ، أو الأفكار الفاحشة، او وسواس العد، أو غلق الأبواب، أو توقع الحوادث، أو السلوك الجنسي...الخ.

الأحلام وعادات النوم :

فيجب التعرف على محتوى الأحلام عند المريض، والتعرف على طابعها العام من حيث تكرارها، وهل ينساها المريض دائما، وهل هى من النوع المزعج.. ويجب أن يسجل حلما أو أكثر لمعرفة ملابساته.

كذلك فمن الممكن مناقشة عادات النوم : هل يذهب المريض الى النوم فى موعد محدد ؟، ما هى كمية النوم المعتادة؟ ، هل من السهل عليه أن ينام أم يصاب بالأرق فى أول الليل، أو يصاب بالأرق فى آخر الليل أولايستطيع النوم بعد ذلك وهل يستيقظ فى الصباح متعبا ؟هل يتكرر عنده الفزع الليلى؟، أو النوم المفرط.؟..الخ.

٢٠ ـ التخيلات:

من المعروف أن أحلام اليقظة والتخيلات شكل من أشكال التعويض، وهى نتيجة لاحباط دوافع الفرد.. ففى حلم اليقظة يحاول الفرد أن يشبع هذه الدوافع المحبطة التى لم تشبع فى الواقع ولذلك فأحلام اليقظة لها دلالة ومعنى..

ويجب على الأخصائى أن يحاول التعرف على محتوى هذه الاحلام وتلك التخيلات ، ودرجة انشغال الفرد بها واستغرقه فيها لأن هذا الاستغراق المفرط علامة على وجود صراعات داخلية حادة..

٢١ ـ توهم المرض:

ان فكرة المريض عن صحته ودرجة انشغاله بوظائف جسمه من أهم الموضوعات التى يجب أن ينتبه اليها الأخصائى أثناء المقابلة...

- فاذا كان لدى المريض بعض أفكار توهم المرض فسوف تفرض نفسها على المناقشة أثناء عرض المريض لمشكلته.

- وأحيانا تجد المريض أثناء المقابلة يمسك رأسه أو يجس نبضه ، وسؤال المريض عن ذلك كفيل بالكشف عن افكار المريض عن جسمه ووظائفه.

٢٢ - التوافق الجنسى:

ان العلاقة بالجنس الآخر من أهم الجوانب التى تكشف لنا عن توافق المريض بصفة عامة ويجب على الاخصائى أن يلاحظ:

- أن الأفراد الذين يذكرون أنه لاتوجد علاقة بينهم وبين أى شخص من الجنس الآخر من أى نوع، وكذلك الذين يفرضون شيئا من القمع على هذه العلاقات مع الجنس الآخر.. انما يدل ذلك على كبت للناحية الجنسية ، ويكون مثل هؤلاء الأفراد غير متوافقين جنسيا.

- أما اذا وجدت هذه العلاقات الجنسية وكانت مضطربة بشدة كان ذلك دليلا على وجود صراعات داخلية عميقة ...

فبحث الاخصائى الاكلينيكى للكشف عن هذه الناحية تعطينا فكرة عن طبيعة علاقات المريض بالجنس الآخر، ودرجة الثنائية فى اتجاهاته نحو الجنس، وقلقه من الجنس، أو خوفه، أو شعوره بالذنب أو الاشمئزاز، ...الخ.

الفصل الثامن

الاختبارات والمقاييس النفسية

تعريف القياس :

يقصد بالقياس أنه عملية مقارنة شئ ما بوحدات معينة أو بكمية قياسية أو بمقدار مقنن من نفس الشئ أو الخاصية بهدف معرفة كم من الوحدات يتضمنها هذا الشئ.

ومن المعروف أن الخصائص النفسية لاتقاس قياسا مباشرا ، وإنما يستدل عليها من أداء الفرد فى موقف اختبارى معين .. ويرى كرونباك أن الأداء يصنف إلى نمطين متميزين تتحدد لكل منهما طريقة معينة فى القياس ونوع معين من الأدوات ومشكلات منهجية ترتبط به هما : أقصى الأداء، والأداء المميز (أبو حطب ، عثمان : ١٩٧٦ ، ١٣ – ١٧) وفيما يلى توضيح لهذين النمطين للأداء والمقاييس المستخدمة لتقدير كل منهما:

أ- أقصى الأداء Maximum performance

وهو أجود أو أسرع أداء يستطيع أن يقدمه الفرد فى موقف يتضمن تحديا لقدراته والمهم هنا هو مايمكن أن يفعله الفرد ، ولذا يشجع هذا الفرد بكافة الطرق ليبذل أقصى مافى جهده لكى يحصل على أحسن درجة يمكنه الحصول عليها..

ويطلق لفظ اختبار Test على أداة القياس النفسى التى تقيس هذا النوع من الأداء..

والاختبار السيكولوجى : هو طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر.. أو هو "أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد فى موقف معين من حيث ظروف التطبيق ومواد الاختبار وطريقة التصحيح فيمكن بذلك جمع بيانات عن السلوك فى أسلوب مقنن منظم نستطيع من خلاله التعميم على مواقف الحياة والتنبؤ بالسلوك فى المواقف المرتبطة به". (مليكة : ١٩٨٠، ١٠٤)

هذا : ويتمثل أقصى أداء فى النواحى العقلية المعرفية وتتمثل اختباراته فى اختبارات الذكاء والقدرات العقلية العامة والطائفية ، واختبارات الكفاءة Proficiency tests فى أداء عمل ، والاختبارات التحصيلية ، واختبارات الاستعدادات الخاصة بالتنبؤ بالنجاح فى مهنة أو تدريب معين فى المستقبل..

ب الأداء المميز Typical Performance

وهو يختص بما يقوم به الفرد عادة ، وليس من المهم فيه معرفة ماذا يستطيع أن يفعله الفرد بل معرفة مايفعله بالفعل وأسلوبه فيه .. ونستطيع القول : بأن الأداء المميز لشخص ما هو أفضل مفتاح لشخصيته : فالعادات السلوكية لها قيمة تنبؤية فى ذاتها، فما فعله الشخص من قبل يكون أميل إلى أن يعيده ويكرره فى مواقف تالية فيما بعد..

ويطلق على أداة القياس النفسى التى تقيس هذا النوع من الأداء الاستخبار Questiorinnaire أو الإستبيان inventory أو قوائم التقرير الذاتى Self report أو قوائم الشخصية ، أو اختبارات الورقة والقلم .. Paper and pencil tests وأيا كانت التسميات المستخدمة لأداة قياس الأداء المميز فانها طريقة من طرق قياس السمات أو الأبعاد الأساسية للشخصية ، وهى نوع من المقابلة المقننة يتكون من مجموعة من الأسئلة أو العبارات التقريرية المطبوعة غالبا، يجيب عنها المفحوص بنفسه (بالكتابة غالبا ، وشفويا أحيانا) فى ضوء إحتمالات أو فئات للاجابة محددة سلفا مثل (نعم - لا ، موافق - غير موافق)، فى موقف قياس فردى أو جمعى ، وتدور الأسئلة حول جوانب وجدانية انفعالية أو خاصة بالسلوك فى المواقف الإجتماعية ويجيب عنها المفحوص على أساس معرفته لمشاعره وانفعالاته وسلوكه الماضى أو الحاضر ، وذلك بهدف الكشف عن جوانب معينة فى الفرد .. وتصحح الإجابة وتفسر بطريقة موضوعة سلفا (عبدالخالق: ١٩٨٠، ٢١-٢٢)

وتوجد أنواع متعددة من المقاييس أو الاستبيانات أو القوائم الخاصة بالميول، والاتجاهات ، والقيم ، والدوافع ، والحاجات النفسية، والجوانب الوجدانية والانفعالية للشخصية.

هذا : ويوصى دائما فى استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية عدم استخدام كلمة اختبار أو مقياس فى عناوينها حتى لايساء تفسيرها من قبل المفحوص مما يؤدى به إلى تشويه استجاباته.

مستويات المقاييس

للمقاييس مستويات مختلفة حددها العلماء على النحو التالى :

١ ـ مستوى التحديد المانعExclusive :

أى يقيس إما تواجد صفة معينة (كالمنطوى أو المنبسط) أو نقيضها، وتسمى أحيانا المستوى الكيفى أو المتغير الوثاب وقد يطلق عليه البعض المقياس الحدى أو الوصفى Nominal ونعنى بالمتغير الوثاب بأنه الذى يقطع بصفة محددة لاتتحمل التجزئة أو الدرجة أو النسبية وعادة ما يستخدم فى قياس السمات الكيفية للإنسان (كالذكر والأنثى أو الحضرى والريفى وما أشبه) . ويتميز هذا المقياس بالقطع والتحديد. Exclusiveness

٢ ـ مستوى التحديد المتدرجOrdinal :

وهو الذى يحدد درجة وجود صفة معينة مقارنة بدرجات النزعات المركزية (كالمتوسط الحسابى) أو المقارنة بآخرين أو بمعنى آخر قياس الرتبة أو المكانة Rankingللصفة والتى تسمح بتواجد درجات لها نزولا أو صعودا ويستفاد بهذه المقاييس عند الرغبة فى قياس المدى الذى بلغته تطرف الشخصية أو عصبيتها أو إكتئابها وما أشبه. وعادة ما تقسم هذه المستويات الى درجات تتدرج من الأدنى إلى الأعلى مثل (ضعيف ـ أقل من المتوسط ـ متوسط عالى ـ عالى للغاية) ويتمتع هذا المستوى بخاصية النظام المتصاعد. Order

٣ ـ المستوى الفئوى Interval level :

وهو الذى يخضع القياس لقاعدة تكافؤ المسافات بين الصفات المختلفة المراد قياسها، فهو يقيس الصفات التى ليس لها الصفر المطلق التى تمثل أساسا للقياس ولكنه يجمع بين التصنيف القاطع للصفة والنظام المتدرج ولكن يضاف اليهما سمة

التكافؤ في التدرج. وعادة ما تستخدم أساليب (الفئة) من (١ إلى ١٠) ومن ١٠ إلى ٢٠ وهكذا.

٤ ـ المستوى النسبى (قياس المعدل) Ratio measurement :

وهو مستوى أقل إستخداما في قياس الشخصية ، ويتميز بأنه يجمع بين المستويات الثلاث السابقة ولكنه يملك الصفر المطلق الذى تقاس على أساسه الصفة، من ثم فهو يقيس القطع والمنع إلى جانب النظام والتدرج إلى جانب تواجد الصفر المطلق . وهو قياس يحسب (المعدلات) الرقمية مثل (٢٠٪ أو ٣٠٪) لصفه معينة في شخصية الفرد وسماته الخاصة . وهو أكثر إستخداما في قياس مدى تقدم العلاج الذاتي ومدى تزايد أو تناقص صفة معينة بإستخدام النسب المئوية وهكذا .. فتقول بأن معدل التحسن بلغ كذا في المائة وهكذا (Kevin & Fisher, 1988, 20)

مبادئ منهجية القياس Research Princples :

إعداد المقياس : لابد وأن يسبقه مجموعة مقننة من البحوث التجريبية والوصفية التي تمهد للصياغة النهائية للمقياس. ولهذه البحوث مجموعة من المبادئ نحددها فيما يلي:

أولا : الثبات Reliability :

ويعنى به التيقن من أن أدوات البحث المختلفة بأسئلتها ووسائلها ومصادرها المتعددة تقيس نفس الظاهرة المراد بحثها. وللثبات أشكال مختلفة هي:

أ ـ الاتساق الداخلي Internal Consistency

ويعني به التأكد من أن جميع أسئلة الأداة البحثية تقيس الظاهرة وليس نقيضها مهما إختلف الباحثون أو إختلف الزمان أو المكان. ويعتمد قياس هذا الاتساق على عدة وسائل منها :

١ ـ تطبيق أختبار ألفا بقياساته العامة Cronbach's Alpha الذى تعتمد عليه كافة البحوث الأمريكية. ومقاييس منطقية الأسئلة essential logic والمسمى بإختبار

كيودوُر ريتشاردسونKudor - Rechardson Formula ،وطريقة التجزئة النصفية Split half reliability ومعادلة سبيرمان براونSpearman formul .

٢ ـ تكرار الأداة البحثية test retest لنفس الظاهرة (اعادة الاختبار).

٣ ـ قياس التوازى parallel forms عند استخدام أكثر من أداة للبحث بحساب معامل الإرتباط.

٤ـ مقياس الخطأ error scale وهو مقياس يحسب مدى توافر الأخطاء التى كشفتها الأساليب الثلاثة الماضية للمعدلات المتفق عليها S.E.M أى مقياس روثوس للأخطاء.

ثانياً: الصدق Validity :

ويعنى به مدى صدق الأداة المستخدمة لقياس الظاهرة وليس غيرها، ويشمل أشكال مختلفة:

أ ـ صدق المضمون: Content validity ويشمل إما الصدق الظاهرىface validityأو الصدق المنطقىlogic validity

ب ـ الصدق العلمى : critrion validity وله أشكال مختلفة كالقياس المقارن والقياس الجمعى والقياس التنبؤى.

جـ ـ صدق المحتوى العلمى (صدق التكوين الفرضى) construct validity

ويستخدم فى حالة قياس مفهوم علمى معين تعنيه نظرية بعينها كقياس إختبار الحيل الدفاعية الذى أعده جارسون سنة ١٩٨٤ أو إختبار العزلة لروثوس...الخ (Kevin & Fisher, 1988, 28)

المبادئ الواجب مراعاتها عند تطبيق المقاييس:

بعد أن أخضعنا المقاييس ذاتها للتقييم ، والأسس الواجب مراعاتها عند إعدادها، بقى لنا أن نحدد أهم المبادئ الواجب اتباعها عند إستخدامها فى التطبيق العملى. فقد علمنا مسبقا أن الأخصائى النفسى يمكنه إسخدامها فى بعض الحالات

والمواقف التى يتعين فيها تحديد سمة العميل أو العمـلاء فـى إرتباطهـا بـالموقف أو المشكلة .. وأهم المبادئ هى:

١ ـ النفعية : Utility بمعنى أن إستخدام المقياس يعتمد على مدى ما يحققه من نفـع لعمليـات المسـاعدة والتدخـل المهنـى، وبمعنـى آخـر حسـاب الجـدوى. وحسـاب الجدوى لابد وأن يعتمد على تقرير الأخصـائى الاكلينيكى للجهد وطول المقيـاس وصلاحيته لخدمة الحالة ومناسبته لها ومدى الفائدة المرجوة من إستخدامه.

٢ ـ التناسب والقبول : Suitability أى التأكد من إمكانية تطبيق مقيـاس بعينـه علـى العميل من حيث اللغة والمضمـون والصياغـة والطـول ومراعـاة السـن ودرجـة التعليم...الخ.

٣ ـ حساسية المقاييس : Sensitivity بمعنــى قـدرة المقيـاس المختـار للقيـاس الدقيـق وشديد الحساسية للصفة المراد قياسها دون خلطها بصفات أخرى.

٤ ـ قياس الفعل وليس رد الفعل : Directness المقيـاس الأفضـل هـو الـذى يقيـس تواجد الصفة مباشرة وليس أعراضها أو مظاهرها.

٥ ـ فهم المقياس وإستيعابه قبل الإستخدام.

٦ ـ الأمانه والصدق وعدم التحيز لرأى الممارس.

٧ ـ يمكن تطبيق متكرر للمقياس للتأكد من صدق النتائج وخاصة فى الحالات التـى سيترتب على هذه النتائج إتخاذ خطوات حاسـمة كـالتحويل إلـى عيـادة نفسـية أو مؤسسة للتأهيل .. وهكذا.

أهمية الاختبارات والمقاييس النفسية فى علم النفس الإكلينيكى :

تتميز الاختبارات والمقاييس النفسـية بعدة خصـائص تجعلهـا هامـة فـى علـم النفس الاكلينيكى .. من ذلك:

١ ـ أنها تيسر دراسة دائرة واسعة من السلوك فى وقـت قصـير نسـبيا وبجهـد أقـل مما تتطلبه الأدوات الأخرى لجمع البيانات.

٢ ـ أنها قد تيسر الحصول على بيانات قد لايكون العميل واعيا بها شعوريا أو يكون غير قادر على التعبير عنها بصورة مباشرة (كما فى الاختبارات الاسقاطية التى سنتناولها بالتفصيل فيما بعد) (ملكية : ١٩٨٠)

٣ ـ تستخدم بسهولة فى الكشف عن كثير من الاضطرابات والمشكلات النفسية، مما لاتستطيع الوسائل الأخرى لجمع المعلومات الحكم عليه بدقه' من ذلك:

أ ـ الكشف عن الوظائف العقلية ودرجات النمو العقلى باستخدام مقاييس الذكاء..

ب ـ التمييز بين مصادر الذهان هل هى عضوية أم وظيفية ، فيلجأ الأخصائى النفسى الأكلينيكى إلى مقاييس التشخيص العصبى والحسي/الحركى مثل : اختبار بندر جشتالت وتذكر الأشكال.

جـ الكشف على بناء الشخصية وخصائصها . ومن أهم الإختبارات شيوعا للكشف عنها : اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، اختبار أيزنك للشخصية، اختبارات كاتل ، اختبار تفهم الموضوع، واختبار الروشاخ (وهما اختباران اسقاطيان) . (إبراهيم : ١٩٨٨).

استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية فى العمل الاكلينيكى:

انتشر استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية فى الميدان الاكلينيكى بدرجة هائلة حتى أصبح أبرز الوظائف التى تنسب إلى الأخصائيين النفسيين .. غير أن ذلك ـ للأسف ـ قد أدى إلى كثير من السلبيات فى العمل الاكلينيكى منها:

- أن ارتباط تطبيق وتفسير نتائج الاختبارات النفسية أكثر مما يجب بعمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى قد أدى إلى حرمانه من عدد من الوظائف الأخرى داخل الفريق العلاجى كعمليات التشخصيص والاستشارة والعلاج.
- أن الاعتماد الشديد على الاختبارات والمقاييس النفسية قد أدى إلى مايشبه الإدمان عليها فأصبحت تطبق دون مراعاة لحدود تطبيقها أو الشروط السيكومترية التى تحكم استخدامها وظروف تقنينها والعينات الحضارية التى اشتقت المعايير منها (خاصة اختبارات الذكاء) (ابراهيم :١٩٨٨) ـ وهذا ماحدا بكثير من الأخصائيين

الاكلينيكيين إلى المطالبة بحرق الاختبارات النفسية لما تؤدى إليه من تحيز وتضليل (مليكة : ١٩٨٠).

غير أن الاكلينيكي الماهر هو الذى يتفهم ماللاختبارات والمقاييس وماعليها ومواضع وحدود استخدامها فى اطار الطريقة الاكلينيكية وفى ضوء الأسس التى يبنى عليها ويطبق الاختبار السيكولوجى - ومازال استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية يعد جزءا هاما من عمل الأخصائى النفسى الاكلينيكى وجزءا من تدريبه فى مراحل دراسته الجامعية الممهدة لتخصصه.

ويعدد الباحثون والمرشدون والمعالجون النفسيون استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية فى الميدان الاكلينيكى.

وقد عرض صفوت فرج (١٩٨٠) أهم الاستخدامات للاختبارات والمقاييس النفسية فى المجال الاكلينيكى فيما يلى:-

١ - تحديد مستوى قاعدى من المعلومات عن الفرد ويتجه هذا المطلب إلى التعرف على وضع الفرد فى فترة مبكرة ، وتكون المعلومات بهذا الوضع ذات فائدة فى المقارنات التى تجرى بعد انتهاء علاج معين.

٢ - تقييم حالة المريض بعد العلاج لتحديد ما إذا كان قد تحسن أم لا ، وهو التقييم الذى يتم فى ضوء المعلومات السابقة عنه.

٣ - تخطيط وتوجيه التدخل العلاج وهو الهدف الأساسى من الفحص الاكلينيكي، ويتم هذا التخطيط عادة قبل بدء العلاج.

٤ - تشخيص مشكلات المريض ، وقد يكون الفحص التشخيصى ضروريا لأهداف عملية أو لاستيفاء سجلات الفرد أو لتحديد وتصنيف أعراض غير واضحة أو متداخلة.

٥ - التنبؤ بسلوك الفرد فى المستقبل لتحديد احتمالات تعرضه لبعض المخاطر مثل : مخاطر الانتحار مثلا ، أو التعرف على السمات

الشخصية للمريض فى صلتها بالظروف النفسية الإجتماعية ، مما يؤدى إلى أساس تنبؤى جيد للتوافق فى المستقبل.

بالاضافة لذلك أشار آخرون إلى أن استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية فى العمل الاكلينيكى يندرج تحت الفئات التالية :

أ. الاختيار Selection

١ ـ الالتحاق بالمدارس المتقدمة أو التعليم الجامعى طبقا للاستعدادات والقدرات.

٢ ـ عند الإلتحاق بالمهن وعند التدريب فى المهن ، وعند الانتقاء للترقية إلى المهن الأعلى.

٣ ـ فرز المجندين للتوزيع على أسلحة الجيش المختلفة ، وتحديد الحالات التى يمكن أن يحدث لها اضطراب عقلى أو سوء توافق.

٤ ـ نقل الأطفال ذوى التوافق السئ إلى مدارس خاصة.

٥ ـ وضع المجرمين والجانحين فى أنواع معينة من السجون أو الاصلاحيات أو اطلاق السراح بكملة الشرف (عبد الخالق : ١٩٨٠)

ب ـ الارشاد:

١ ـ تقدم معلومات معيارية عن قدرات المسترشد واستعداداته وميوله واتجاهاته وشخصيته لتساعده على اتخاذ قرارات تعليمية أو مهنية حكيمة ، كما تساعده على زيادة فهمه لنفسه وتقبله لذاته..

٢ ـ يمكن استخدام نتائج الاختبارات كمحكات يستفيد بها المرشد فى تمحيص عمله وتصوراته سواء فى التشخيص أو فى التنبؤ أو فى العلاج مما يؤدى به إلى النهوض بعمله (الشناوى : ١٩٩٦)

جـ ـ التشخيص والعلاج النفسى :

١ـ يعتمد التشخيص الاكلينيكى على المقاييس والاختبارات باعتبارها احدى الوسائل لجمع المعلومات عن ذوى التوافق السئ إلى جانب الوسائل والفنيات

الأخرى حيث تقدم نتائجها لجهة الاختصاص بالحالة كوالد الطفل أو المدرس، أو المحكمة ، أو الطبيب النفسى ويترك لهم تحديد نوع العلاج المناسب للحالة.

٢ ـ فى حالة العلاج النفسى تستخدم الاختبارات للتعرف على المرضى الذين توجد لديهم اضطرابات فى الشخصية تبزر استخدام أنواع معينة من العلاج دون غيرها وخاصة عند استخدام طرق العلاج العنيفة كالعلاج بالصدمات الكهربية أو التدخل الجراحى لقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفحص الجبهى والنلاموس كما فى حالات الاكتئاب والفصام مثلا..

د ـ البحوث:

١ ـ تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية فى المجال الاكلينيكى فى تقويم الآثار الناتجة على شخصيات التلاميذ واتجاهاتهم نتيجة لتعرضهم لنظم مدرسية معينه، أو برامج العنف فى التليفزيون مثلا ، أو تقويم مختلف طرق وأساليب تنشئة الأطفال .. أو تقدير التغيرات الناتجة عن مختلف أنواع التدخل العلاج.

٢ ـ كما تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية فى تقدير مستويات ومعايير وخصائص النمو فى كل مرحلة من مراحل النمو وتقدير التغيرات الناتجة عن الظروف المختلفة.

التفسير الاكلينيكى للاختبارات والمقاييس النفسية:

كما هو معلوم فان تعبير إكلينيكى يستخدم تقليديا للاشارة إلى آية طريقة منهجية للدراسة المتعمقة للحالات الفردية .. وبهذا الاستخدام يصبح القياس تشكيل للانطباعات وتكوين للتقديرات عن الشخص أو التجميع النظامى ، والتنظيم للمعلومات عن الشخص ومواقفه والتنبؤ بسلوكه فى مواقف جديدة .. ومن هذا المنطلق فان كل اختبار يمكن اعتباره اختبارا إكلينيكيا بالمعنى الحرفى للكلمة مادام يستخدم فى مساعدة الأفراد وتحليل أدائهم بصورة أو بأخرى لمعرفة نواحى القوة والضعف فيهم (فرج : ١٩٨٠).

وعادة يكون التفسير الاكلينيكى للدرجات على الاختبارات والمقاييس النفسية على النحو التالى:

١ - التفسير الوصفى Descriptive :

ويتضمن درجات الأسئلة التى تكون اجاباتها فى شكل وصف مباشر للفرد مثل ذكائه أو قدراته ، أو المقارنة بين ذكائه اللفظى وذكائه العملى ، أو اهتماماته وميوله التعليمية أو المهنية ... إلخ..

٢ - التفسير الجينى Geneticالسببى :

ويتضمن الأسئلة التى تدور حول تحليل الوظائف والصعوبات التى يعانى منها الفرد ومصادر هذه الصعوبات بالصورة التى تساعد على توجيه العلاج أو العون.. من ذلك : هل صعوبات القراءة لدى الفرد ترجع إلى انغلاق انفعالى أم ترجع الى نمو غير سليم لمهاراته الأساسية ، أم نقصان فى الاهتمامات والميول؟ .. هل رفض الفرد للأنشطة الميكانيكية ناتج عن ضغوط عائلية لتجنب هذا المجال أم لفشل سابق ، أو نتيجة أنه يفضل أشياء أخرى.

٣ - التفسير التنبؤى Predictive :

ويتضمن درجات الأسئلة التى تجيب عن أفضل احتمالات المستقبل بالنسبة للفرد من ذلك : أى نوع من الدراسة يفضل؟ ، ومايتوقع له من نجاح فى دراسة معينة؟ أى قدر من الرضا سيشعر به فى عمل ما مقارنة بما يمكن أن يشعر به فى عمل آخر؟ (فرج: ١٩٨٠)

٤- التفسير التقييمى : Evaluated

ويتضمن درجات الأسئلة ذات الطابع الارشادى .. والتى غالبا مايسعى الفرد بنفسه للتعرف على اجاباتها قبل اتخاذه للقرارات الهامة ـ من ذلك : أى دراسة يتجه إليها ، وأى عمل يختار تبعا لقدراته واستعداداته .. وهل يمكن أن ينجح زواجه من فتاة بعينها ؟

أنواع المقاييس Types of measurement tools :

للمقاييس أشكال مختلفة وأساليب متنوعة لتحديد ظاهرة إنسانية معينة، لمعرفة نمط العميل بأبعاده المختلفة نحصرها فيما يلي:

١ - الملاحظة:

وهي من أهم أدوات الأخصائي الاكلينيكي لتحديد سلوكيات العميل وعاداته واتجاهاته الظاهرية ، ومن الأساليب المساعدة في تقدير المشكلة ومواجهتها. ولها ثلاثة أبعاد هي:

أ - التكرار frequency ، أي ملاحظة مرات السلوك في فترة زمنية معينة أو مرات عدم أداء سلوك معين (كمرات البكاء أو التدخين أو الصمت).

ب - الزمن duration ، أي تحديد الفترات ومدتها التي يحدث خلالها سلوكيات معينة (كحساب مدد : الصداع، والصراخ، والإستذكار، واللعب...الخ).

جـ - معدلات الحدوث interval measure ، عندما لا يكون حدوث سلوك معين منتظما أو دوريا يصعب حصره بدقة، من ثم فتحديد فترة زمنية ممتدة لحصر حدوث الظاهرة السلوكية وتحديد معدلات تحصرها في فئات معينة : (مرة في الشهر، ثم مرتين ...الخ). ومن المفضل أن يعقب الملاحظة أساليب لتقنينها ومراجعتها وقياس مصداقياتها وحصرها فيما يعرف (بالرموز Code) لتحديد مستويات الصفة المراد ملاحظتها ... الخ.

٢ - الجداول الفئوية الذاتية self-anchored scale :

وهي أسلوب آخر لقياس الشخصية من خلال الإتفاق مع العميل على إعداد متدرج Continum يقيس ظاهرة كالحزن مثلا من خلال مكانها بين الشدة والبساطة وعدم الحدوث ويؤشر على العلامة عند الإحساس بالظاهرة عند الرقم المختار.



٣ - الآثار والمهمات المادية Client logs :

ويعنى بها حصر الأدوات أو الإستعمالات اليومية المادية للعميل والمرتبطة بمشكلته وذلك مثل أنواع الصحف والمجلات والكتب التى يحرص على قراءتها العميل أو أدوات اللعب أو التسلية وما أشبه ، أو مستوى النظافة أو القذارة فى المظهر أو فى الأثاث ...الخ.

٤ - أدوات القياس الكهربى Electro-mechanical measures :

وهى أدوات استحدثت لقياس الآثار الجسمية والعصبية لمثير معين، كانقباضات العين، أو حمرة الوجه، أو تصبب العرق، وما أشبه ... وهى شائعة فى الدول المتقدمة.

٥ - المقاييس الذاتية المقننة Standerdized measures :

ومنها المقاييس التى سنقدم تعريفا ببعضا والتى سبق تقنينها تيسيرا لجهود الأخصائى النفسى الاكلينيكى ويشترط فيها أن تكون :

أ - يمكن بيسر وسهولة تطبيق العميل بنفسه لها.

ب - قصيرة وموجزة ومركزة لاتستغرق زمنا طويلا.

جـ - لغتها بسيطة ودارجة.

د - تتضمن نتائجها فور إجرائها.

هـ - تفسيرها واضح وبسيط فى إجراءاتها.

و - لاتتطلب من الأخصائى عمقا بحثيا أو إحصائيا.

ز - لاتتضمن تعقيدات نظرية مركبة.

حـ - تصلح لإجراء الوجبة الواحدة دون الحاجة إلى تكرارها.

ط - تم تقنين هذه المقاييس وفقا لجداول ألفا Alfa وجورباك Gourback بمقنناتها العالمية، ولا تتطلب للممارسة إلا إعادة صياغة تناسب الثقافات السائدة.

مزايا المقاييس ومساوئها

كأى إنجاز علمى أو مهارى فإن للمقاييس مزايا كما أن لها مساوئها والعمل الإكلينيكى .

وأهم المزايا هى:

١ ـ الكفاءة والعملية Efficiency :

يرى بلوم Bloom وفيشر Fisher من علماء المقاييس أن مزايا المقاييس السرعة والعملية والفاعلية والمصداقية. ولا تتطلب جهدا تفسيريا أو إحصائيا يعوق الممارسة العملية.

٢ ـ وسيلة للدراسة المتعمقة: Accessibility

تكشف هذه المقاييس تلك الظواهر الكامنة التى لاتبدو واضحة للعيان عن مكونات الشخصية وحقيقة أحاسيسها وإتجاهاتها وعاداتها وسلوكياتها تعجز السبل الأخرى عن إكتشافها.

٣ ـ وسيلة للتنفيس والتعبير:

فالعميل قد يقاوم التعبير الصريح عن حقيقة مشاعره فى المقابلة العادية، ولكنه قد يجد فى هذه الإختبارات فرصة مواتية للتعبير عنها.

٤ ـ تصلح لعقد المقارنة Comparability :

تفيد الدرجات النهائية بكل إختبار فى عقد مقارنة بينها وبين درجات الآخرين أو درجات نفس العميل فى مراحل متتالية.

٥ ـ الحياد Neutrality :

وهى سمة مطلوبة لإمكان فهم العميل ومساعدته، حيث لاتعطى المقاييس فرصة لظهور التحيز والتعصب أو الأحكام الذاتية لشخص الأخصائى الاكلينيكى.

أما أهم مساوئ المقاييس فهى:

١ ـ رغم تقنينها علميا فإنها ستظل تفتقد الصلاحية المطلقة للقياس السيكومترى طالما كان شخص العميل ينتمى لجماعة أخرى غير جماعة

البحث التى أعد من خلالها المقياس، فضلا عن عجزها عن ترجمة الحيل الدفاعية الكامنة وأثر جهود إجرائها على مصداقية النتائج ، فاجراء المقياس بخطواته والمناخ الإكلينيكى للمقابلة قد يؤثر سلبا على روح المقابلة والعلاقة المهنية فى بعض الحالات.

٢ ـ تؤدى بساطتها إلى تحولها إلى سلوك روتينى للأخصائى النفسى الذى قد يتعجل تقدير النتائج مدعيا علمه مسبقا بها.

٣ ـ قد لاتناسب مستويات عقلية معينة. كالأطفال وضعاف العقول والأغبياء والمسنين ومن إليهم.

٤ ـ مقاومة بعض المؤسسات لإستخدامات المقاييس إما لجهلها بمزاياها أو لعدم تملك إمكانات تطبيقها أو للروتين والبيروقراطية . فهى تتطلب عادة جهدا وتكلفة إضافية قد لا تتحملها هذه المؤسسات .

(Kevin & Fisher، 1988، 22-25) .

أهم الاختبارات والمقاييس النفسية

تتنوع الاختبارات بأسماء والمقاييس النفسية حتى أصبحت بالآلاف.. غير أننا سوف نحاول عرض قائمة لأسماء بعض الاختبارات والمقاييس الهامة المستخدمة فى المجال الإكلينيكى فى أغراض التوجيه أو الارشاد أو التشخيص أو البحث أو العلاج لتكون دليلا للأخصائيين النفسيين فى استخدامها..

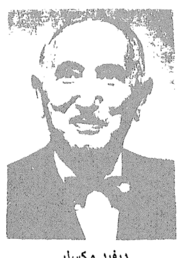
أولا : اختبارات ومقاييس الذكاء:

١ ـ اختبار ستانفورد بينيه للذكاء Stanford Binet intelligence scale وقد وضعه بينيه Binet ، وراجعه تيرمان وميريل Terman & Merril وعربه وأعد معاييره محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكة.

٢ ـ مقياس وكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين Wechsler Adults Intelligence .. Scale (WAIS) وقد أعده دافيد وكسلر ، واقتبسه وأعده

للعربية لويس كامل مليكة . ويضم القسم اللفظى منه اختبارات : المعلومات، والفهم ، واعادة الأرقام ، والاستدلال الحسابى ، والمتشابهات ، والمفردات .. أما القسم العملى فيضم اختبارات : ترتيب الصور ، وتكميل الصور ، ورسوم المكعبات ، وتجميع الأشياء ، ويناسب الأعمار من ١٥ ـ ٦٠ سنة.

٣ ـ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale .. for children (WISC) وقد أعده دافيد وكسلر واقتبسه وأعد معاييره العربية محمد عماد الدين اسماعيل ولويس كامل مليكة. ويضم القسم اللفظى منه اختبارات : المعلومات والفهم، والحساب، والمتشابهات، والمفردات، وسلاسل الأعداد .. ويضم القسم العملى اختبارات : تكميل الصور، وترتيب الصور، ورسوم المكعبات ، وتجميع الأشياء ، والشفرة . ويناسب الأعمار من ٥ـ ١٥ سنة.


ديفيد وكسلر

٤ـ مقياس وكسلر للأطفال فى سن ماقبل المدرسة Wechsler of Intelligence scale Pre School and Primary (WEPPSI) وهو يقيس ذكاء الأطفال فى سن الروضة فى الأعمار ٤، ٥ ، ٦ سنوات . وقد إقتبسه وأعد معاييره العربية مصطفى كامل.

٥ ـ اختبار المصفوفات المتتابعة Progressive Matrices وقد أعده را ن Raven وأعده للعربية مصطفى فهمى ، فؤاد أبو حطب ، حامد زهران ، على خضر.. ويناسب الأطفال والشباب والكبار.

٦ ـ اختبار رسم الرجل Goodenough Draw-a- man Test وقد أعدته جود إنف وقد أعد معاييره المصرية مصطفى فهمى وأيضا مصطفى سويف،

عبدالسلام عبد الغفار فى لبنان ، فؤاد أبو حطب وآخرون في المملكة العربية السعودية ، مالك البدرى فى السودان ، ويناسب الأعمار من ٦ – ٢١سنة.

٧ ـ اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص House tree person Projective Techniqueوقد وضعه باك Buck ونقله إلى العربيه وأعد معاييره لويس كامل مليكة .. وله معايير من سن ١٥ سنه فما فوق.

٨ ـ اختبار بيتا للذكاء المعدلBeta Intelligence Test

أعد هذا الاختبار فى صورته الأمريكية كيلوج ومورتن (١٩٧٨) ، ونقله إلى العربية محمد شحاته ربيع (١٩٨٦) الذى أعد معاييره على البيئة السعودية تحت اسم "اختبار الرياض بيتا للذكاء". ويشتمل على اختبارات : المتاهات ، الترميز ، الاشكال الهندسية ، تكمله الصور ، المهارات الكتابية، سخافات الصور.

٩ ـ ـ اختبار الذكاء غير اللفظى : اقتباس واعداد عطيه هنا .. ويناسب الأعمار من ٦ ـ ١٦ سنه.

١٠ ـ اختبار الذكاء المصور : اعداد أحمد زكى صالح ، ويناسب الأعمار من ٨ ١٧ سنة.

١١ ـ اختبار ذكاء الشباب اللفظى : تأليف حامد زهران ويناسب المرحلتين الاعدادية والثانوية.

١٢ ـ اختبار الذكاء العالى : اعداد السيد محمد خيرى ، ويناسب المرحلة الثانوية والجامعية : ويقيس القدرة على تركيز الانتباه، القدرة على إدراك العلاقات ، الاستدلال اللفظى والاستدلال العددى...

١٣ ـ اختبارات القدرات العقلية ، اعداد فاروق عبد الفتاح ، وتقيس القدرة العقلية العامة ، وهى سلسلة اختبارات متدرجة فى الصعوبة لمستويات الأعمار ٩ـ ١١ سنة، ١١ – ١٤ سنة ، ١٥–١٧ سنه ومابعدها.

١٤ ـ اختبار كاتل للذكاء : وقد نشره بالعربية أحمد عبد العزيز سلامة وعبدالسلام عبد الغفار ويصلح لقياس ذكاء الأطفال مابين ٨ – ١٤ سنة.

١٥ ـ لوحة سيجان : وهو عبارة عن لوحة خشبية تتضمن مجموعة من الأشكال الهندسية التى ينبغى وضعها فى أماكنها ، ويحسب الزمن المستغرق فى ثلاث محاولات ، ويترجم الأداء إلى عمر عقلى ويصلح لذكاء الأطفال المتخلفين عقليا الذين يتراوح نمو عمرهم الفعلى من ٣ – ٢٠ سنة.

١٦ ـ اختبار المتاهات لبورتيوس The Porteus Mazes وتتكون من مجموعة من المتاهات المرسومة على الورق ويطلب من المفحوص أن يتتبع ممراتها حتى المخرج وقد أثبتت نجاحها مع الأشخاص الذين يتمتعون بذكاء منخفض.

١٧ ـ اختبار ذكاء المكفوفين وضعاف البصر : اعداد حامد زهران ، فتحى عبدالرحيم ، ويناسب الأطفال والشباب فى المراحل الابتدائية والاعدادية والثانوية.

ثانياً : اختبارات القدرات والاستعدادات والميول والقيم:

١ ـ اختبار القدرات العقلية الأولية : الذى اقتبسه أحمد زكى صالح عن اختبارات ثرستون ويقيس القدرة اللغوية ، القدرة على الإدراك المكانى ، القدرة على الاستدلال ، القدرة العددية..

٢ ـ اختبار الاستعداد العقلى للمرحلة الثانوية والجامعية : اعداد رمزية الغريب. ويقيس القدرات العقلية الأساسية فى السلوك الذكى وهى : اليقظة العقلية، القدرة على إدراك العلاقات المكانية ، التفكير المنطقى ، التفكير الرياضي، القدرة على فهم الرموز اللغوية.

٣ ـ اختبار تورانس للتفكير الابتكارى ، الذى ترجمه وأعده للعربية عبد الله سليمان وفؤاد أبو حطب ويشمل اختبارات الأشكال (التفكير الابتكارى باستخدام الصور)، واختبار الألفاظ (التفكير الابتكارى باستخدام الكلمات) ، ولكل منهما صورتان (أ ، ب) تناسب مراحل التعليم من الابتدائى إلى العالى.

٤ ـ اختبارات التفكير الابتكارى : اعداد عبد السلام عبد الغفار وتشتمل على اختبارات الطلاقة ، واختبارات الاستعمالات (لقياس المرونة التلقائية) ، واختبار المترتبات (لقياس الأصالة)..

٥ ـ بطارية القدرات المهنية الفارقة : وقد أعدها مصطفى الشرقاوى لدراسة أنماط القدرات العقلية اللازمة للتكيف فى التدريب على بعض المجموعات المهنية للاستفادة منها فى ميادين التربية والتوجيه المهنى... وتشمل عدة اختبارات منها:

- اختبارات القدرة العامة وتشتمل على ثلاث اختبارات ذكاء منفصلة تشكل جزءا هاما من بطارية الاختبارات الفارقة . وهى اختبارات القدرة اللفظية ، والقدرة العددية، والقدرة الادراكية.

- اختبار الأشكال : مقياس القدرة المكانية ، والتصور المكانى .

- اختبارات السرعة : وتشمل ست اختبارات اختبار السرعة الكتابية ، واختبار المرونة العقلية ، واختبار المرونة اللفظية ، واختبار الطلاقة الفكرية ، واختبار السرعة اليدوية ، واختبار المهارة اليدوية.

اختبار المسلسلات المركبة

اختبار القدرة الميكانيكية

٦ ـ اختبار القدرات النفسية اللغوية : ويتضمن بطارية اختبارات للأداء اللغوى أعدها وقننها هدى برادة ، فاروق صادق ، وتتكون من (٩) اختبارات يمكن تطبيقها على الأطفال من الثانية إلى التاسعة .. وتشمل : اختبار الاستقبال السمعى ، اختبار الاستقبال البصرى ، اختبار التعبير بالحركة ، اختبار الترابط السمعى الصوتى ، اختبار التسلسل البصرى والحركى ، اختبار التعبير اللغوى اللفظى ، اختبار التسلسل السمعى الصوتى ، اختبار التوافق البصرى الحركى ، اختبار الادراك السمعى .

٧ ـ مقايس المستوى اللغوى : اعداد عبد الباسط خضر ، ويهدف إلى معرفة مستوى الأداء اللغوى للأطفال حيث يطلب من المفحوص كتابة الكلمات التى تبدأ بكل حرف من الحروف الأبجدية ، ويكتب أطول جملة تعبر عن الصورة المرتبطة بكل حرف فى الصورة المرفقة.

٨ ـ مقياس السلوك التكيفى (نهيرا) : وقد نشر عن طريق الجمعية الأمريكية للضعف العقلى ونقله للعربية فاروق صادق ، كما نقله أيضا صفوت فرج وناهد رمزى ويتكون من جزأين . الجزء الأول خاص بالسلوكيات الاستقلالية والثانى الجوانب الاكلينيكية الخاصة بالمشكلات السلوكية.

٩ ـ مقياس الفرز العصبى السريع Mutti et al . Quick Neurological Screening Test لفرز التلاميذ ذوى صعوبات التعلم الذى وضعه موتى وآخرون وأعده للعربية مصطفى كامل . ويتكون من ١٥ اختبارا فرعيا للتعرف على الأطفال ذوى صعوبات التعلم النمائية ابتداء من سن ٥ سنوات.

١٠ ـ مقياس التوافق الدراسى للطالب الجامعي : اعداد حسن مصطفى ويتكون من ٧٠ بندا تدور حول مجالات التوافق الدراسى الجامعى فى سبعة مجالات هي: الاتجاه نحو الجامعة ، الرضا عن الدراسة ، الاختيار الدراسى ، مشاعر النجاح والفشل ، الجد والاجتهاد ، العلاقة بالأستاذه ، العلاقة بالزملاء.

١١ ـ مقياس الاتجاهات الدراسية وطرق الاستذكار : اعداد وليم ميخائيل ، جون ميخائيل ، واين زيمرمان Joan J.Michael &، William B. Michael Wayne S. Zimmerman وقد اقتبسة محمد السيد عبد الرحمن للتعرف على الطلاب الذين يجدون صعوبة فى انجاز الأعمال المدرسية لوجود طرق استذكار غير سوية أو لوجود اتجاهات سالبة نحو المدرسة وذلك من خلال ستة أبعاد هى. الميل الأكاديمى حب التعلم ، التكيف الدافع الأكاديمى ويتمثل فى (المثابره، الدرجة العالية من التكيف الأكاديمى ، طرق الاستذكار ، القلق الدراسى ، الانتهازية ، الاغتراب عن السلطة).

١٢ ـ اختبار كودر للميول المهنية : اقتبسه إلى العربيه أحمد زكى صالح ويطبق على طلاب المدارس الثانوية ويقيس عشرة ميول رئيسية هى: الميل إلى العمل فى الخلاء ، الميل للعمل الميكانيكى ، الميل للعمل الحسابى ، الميل للعمل العلمي، الميل للعمل الاقناعي، الميل للعمل الفنى ، الميل للعمل الأدبى ، الميل للموسيقى ، الميل للخدمة الاجتماعية ، الميل للعمل الكتابى أو الادارى.

١٣ ـ مقياس الميول المهنية واللامهنية : اعداد عبد السلام عبد الغفار ، يطبق على طلاب التعليم الثانوى والجامعى ، يقيس أحد عشر ميلا هى : الميل للفنون ، الميل للغات ، الميل للعلوم ، الميل للعمل الميكانيكى ، الميل للعمل التجارى ، الميل للرياضة ، الميل للعمل فى الخلاء ، الميل الاقناعى والاشرافى ، الميل للخدمات الإجتماعية ، الميل للعمل الحسابى ، الميل للعمل الكتابى .

١٤ ـ مقياس التفضيل المهنى : من اعداد جون هولاند Holland وأعده بالعربية محمد محروس الشناوى وينتج ست درجات للميول المهنية : البحثية ، والواقعية ، والفنية ، والاجتماعية ، والتجارية ، والتقليدية.

١٥ـ مقياس القيم المهنية : وضعه ناب وناب Knap & Knap ونقله إلى العربية محمد محروس الشناوى ، على خضر ويقيس القيم البحثية ، القيم العملية، القيم الإستقلاليه ، القيم القيادية، قيم الترتيب ، قيم التقدير ، القيم الجمالية، القيم الاجتماعية.

١٦ ـ اختبار القيم : وضعه ألبورت ، فيرنون ، ليندزى Vernon&، Allport Lindzeyواقتبسة وعربه عطية هنا ويقيس القيم النظرية ، والقيم الاقتصادية ، والقيم الجماعية ، والقيم الإجتماعية ، والقيم السياسية ، والقيم الدينية .. ويصلح للشباب الجامعى .

١٧ ـ اختبار القيم الشخصية والإجتماعية : وضعه جوردون ، واقتبسه واعد معاييره العربية عبد السلام عبد الغفار وينقسم إلى قسمين :

- اختبار القيم الشخصية ويقيس : القيمة العملية ، الانجاز ، التنوع ، الحسم، التنظيم ، وضوح الهدف.
- اختبار القيم الإجتماعية ويقيس : القيادة ، مساعدة الآخرين ، الاستقلال ، التقدير ، المسايرة ، المساندة.

١٨ ـ بطارية تقدير كفاءة المعلم : أعدها أحمد الرفاعى غنيم وتضم خمسة مقاييس فرعية هى : بطاقة تقويم أهداف الدروس ، وبطاقة تقويم مذكرات الدروس ، واستفتاء عن تحضير المعلم لدروسه ، وبطاقة ملاحظة أداء المعلم للدرس فى الفصل ، وبطاقة تقويم إجتماعية المهنة للمعلم.

ثالثاً : اختبارات ومقاييس الشخصية:

١ ـ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventoryالذى أعده هاثاواى وماكنلى فى جامعة مينسوتا ، وقد اقتبسه وقننه للعربية لويس كامل مليكة، عطيه هنا ، محمد عماد الدين اسماعيل .. وبه عشر مقاييس فرعية لتوهم المرض ، البارانويا ، الانقباض ، السيكاثينيا ، الهستيريا ، الفصام ، الانحراف السيكوباتي، الهوس الخفيف ، الذكورة الانوثة، الانطواء الاجتماعى .. واستخرجت مقاييس فرعية جديدة منه للسيطرة ، والتعصب ، والمسئولية ، والمكانة الإجتماعية الاقتصادية، والعصاب ، والضبط ، وقوة الأنا ، وألم الظهر الوظيفى ، والاعتمادية .. الخ.

٢ ـ اختبار التشخيص النفسى : اعداد حامد زهران وقامت بتعديله اجلال سرى ، ويناسب الشباب والراشدين ، ويستخدم فى تحديد المشكلات وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية ، ويتضمن ٤١ نوعا من الاضطرابات هي: القلق، توهم المرض ، الضعف العصبى ، الخواف ، الهستيريا، الوسواس والقهر ، التفكك ، الاكتئاب ، الهوس ، الفصام ، الهذاء ، الاضطرابات النفسية الجسمية ، الاضطرابات الجنسية ، السيكوباتية ، فضلا عن مقياس للصدق.

٣ ـ قائمة مراجعة الأعراض Scl 90 اقتبسها عبد الرقيب البحيرى وتشمل الأعراض الجسمانية ، الوسواس القهرى ، الحساسية التفاعلية ، الاكتئاب ، القلق، العداوة ، قلق الخواف ، البرانويا التخيلية ، الذهانية.

٤ ـ مقياس الصحة النفسية : اعداد حسن مصطفى وهو مقياس للتشخيص الأكلينكى الذاتى للأعراض المرضية يكشف عن : الأعراض السيكوسوماتية، القلق ، الاكتئاب ، البارانويا ، العدوانية ، العصاب القهرى ، الأعراض الهستيرية ، توهم المرض ، الأرق الليلى ، الفوبيا ، الحساسية التفاعلية.

٥ ـ مقياس الصحة النفسية : وقد اقتبسه محمد عماد الدين اسماعيل، سيد عبدالحميد مرسى عن قائمة كورنل التى وضعها ويدر وآخرون لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية التى تبدو فى أعراض : انعدام التوافق ، الاكتئاب، العصبية والقلق ، اضطرابات التنفس والدورة الدموية ، الارتعاء، الأعراض السيكوسوماتية الأخرى ، توهم المرض والوهن ، الأعراض السيكوسوماتيه الخاصة بالمعدة والأمعاء ، الحساسية المفرطة والشك ، السيكوباتية الشديدة .. وله عدة صور عربية مقتبسة عن الأصل الأجنبى .

٦ـ اختبار عوامل الشخصية : تأليف ريموند كاتل ، وأعده للعربية عطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار، ويطلق عليه مقياس عوامل الشخصية الـ ١٦ (16 P F.) وهى: السيكلوثيميا ضد الشيزثيميا، الذكاء العام ضد الضعف العقلى، الثبات الانفعالى وقوة الأنا ضد عدم الاتزان الانفعالى وضعف الأنا، المحافظة ضد التحرر، السيطرة ضد الخضوع، الانبساط ضد الانطواء، قوة الأنا الأعلى ضد ضعف الأنا الأعلى ، المخاطرة والاقدام ضد الخجل والحرص ، الواقعية ضد الرومانتيكية، البساطة ضد نقد الذات ، الثقة بالنفس ضد الميل للشعور بالاثم ، الاكتفاء الذاتى



ريموند كاتل

ضد الاعتماد على الجماعة ، قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات ، قوة التوتر الدافعي ضد ضعف التوتر الدافعي ، التبصر ضد السذاجة.

٧ ـ مقياس التحليل الاكلينيكي : وقد أعده كرايج وكاتل وستالف (١٩٨٠) وأعده للعربية محمدالسيد عبد الرحمن ، صالح أبو عباة .. وينقسم إلى جزأين الجزء الأول يشتمل على ٦١ عامل تمثل السمات السوية للشخصية هي : التآلف (الدفء) ، الذكاء ، الثبات الانفعالي ، السيطرة ، الاندفاعية (الحماس) ، الامتثال (الانسحاب) ، المغامرة (الجرأة) ، الحساسية ، الارتياب ، التخيل ، الدهاء (الحنكة) ، عدم الأمان / الإطمئنان ، الراديكالية ، كفاية الذات ، التنظيم الذاتي ، التوتر .. أما الجزء الثاني فيشتمل على ٢١ عامل تمثل السمات اللاسوية وهي : توهم المرض، الاكتئاب الانتحارى ، التهيج ، القلق الاكتئابي، الانحراف السيكوباني ، الفصام ، الوهن النفسى ، عدم الكفاية النفسية..

٨ ـ مقياس الإستقلال الذاتي : وقد اقتبسه حسن مصطفى من مقاييس أيزنك للشخصية ويرتكز على خمسة أبعاد هي : القدرة على اتخاذ القرار ، القدرة على الانجاز المستقل ، القدرة على تحمل المسئولية ، التفرد ، التحرر (الليبرالية).

٩ ـ مقياس الثقة بالنفس : وقد اقتبسه حسن مصطفى من مقاييس أيزنك للشخصية ويتكون من ٤٢ سؤالا تكشف عن الثقة بالنفس من خلال الشعور بالرضا عن الذات ، والاحساس بالتفوق ، واليقينية ، والقدرة على تحقيق الأهداف ، والتوجه التحصيلي ، والثقة بالعلاقات مع الآخرين.

١٠ ـ قائمة أيزنك للشخصية Eyseneck Personality Inventory


هانز أيزنك

وقد اقتبسها جابر عبد الحميد محمد فخر الإسلام، المطورة عن Modsley Personatity Inventory وتقيس: الانبساط / الانطواء، العصابية / الثبات الانفعالي، الميل الذهاني، ويتضمن مقياساً للكذب. كما توجد صورة من نفس القائمة تتضمن خمس أبعاد للشخصية.

١١ ـ قائمة الشخصية : وقد أعدها جوردن واقتبسها فؤاد أبو حطب وجابر عبدالحميد وتعطي قياسا سريعا لأربع سمات للشخصية في التوافق مع المواقف التربوية والصناعية والإجتماعية هي : الحرص ، التفكير الأصيل، العلاقات الشخصية ، الحيوية.

١٢ ـ البروفيل الشخصي : وأعده أيضا جوردن واقتبسه جابر عبد الحميد وفؤاد أبوحطب ، ويقيس أربعة جوانب للشخصية لها أهميتها في الأعمال اليومية بالنسبة للشخص السوى هي : السيطرة ، المسئولية ، الاتزان الانفعالي، الإجتماعية.

١٣ ـ مقياس التفضيل الشخصي ، وقد اقتبسه جابر عبد الحميد عن اختبار Edwards Personal Preference scheduleويهدف إلى تقدير ١٥ حاجة من الحاجات النفسية التي حددها موراى .

١٤ ـ مقياس الحاجات النفسية : اعداد حسن مصطفى ويقيس ٢٢ حاجة نفسية من مقاييس هنرى موراى للحاجات وهي : الحاجة للسيطرة ، الاذعان، الاستقلال، العداوة ، الاذلال ، الانجاز ، الجنس ، الاحساسية ، الاستعراض، اللعب ، الانتماء، النبذ ، حب الذات ، تلقى العون ، العطف على الآخرين، تجنب اللوم ، تجنب المذلة ، الدفاعية ، المضادة ، تجنب الأذى ، النظام ، الفهم.

١٥ ـ مقياس تنيسى لمفهوم الذات : أعده وليم فيتس وله عدة ترجمات عربية نذكر منها اقتباس عبدالرحيم بخيت، ويطبق من سن ١٢ سنة فأكثر. وله صورتان احداهما الصورة الارشادية ، والثانية الصورة الاكلينيكية .. وأهم أبعاد الصورة الارشادية: نقد الذات ، الذات الجسمية ، الذات الأخلاقية، الذات الشخصية ، الذات الأسرية، الذات الإجتماعية، الذات الواقعية، الرضا عن الذات ، الذات السلوكية، مجموع تقدير الذات . أما الصورة الاكلينيكية فانها تعكس نسبة الصواب الخطأ ، درجات الصراع الكامل (صراع الاستسلام، صراع الرفض)، المجموع الكلى للصراعات، المقاييس الاكلينيكية (مقياس الدفاع الإيجابي، مقياس سوء التكيف العام، مقياس الذهانية، مقياس اضطراب الشخصية، مقياس العصابية ، مقياس تكامل الشخصية)، ثم عدد العلامات المنحرفة.

١٦ ـ اختبار مفهوم الذات : تأليف حامد زهران ، ويقيس مفهوم الذات الواقعى ، ومفهوم الذات المثالى على طول خمسة أبعاد هى : البعد الجسمى ، والعقلي، والانفعالى والإجتماعى ، وبعد عام ـ ويصلح لمرحلة الشباب.

١٧ ـ اختبار مفهوم الذات للصغار اعداد محمد عماد الدين اسماعيل، محمد أحمد غالى ، ويقيس مفهوم الذات الواقعية ، ومفهوم الذات المثالية ، ومفهوم الشخص العادي، التباعد ، تقبل الذات ، تقبل الآخرين.

١٨ ـ اختبار مفهوم الذات للكبار : أعدة محمد عماد الدين اسماعيل ويقيس نفس المفاهيم السابقة للذات.

١٩ ـ اختبار القلق الصريح : وقد عربه وقننه مصطفى فهمى ، محمد أحمد غالى عن مقياس Personaliby scale of Manifest Anxiety الذى أعدته Janet A. Taylor مقتبسا من اختبار مينسونا المتعدد الأوجه .. وهو يقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستويات القلق الذى يعانى منه الافراد عن طريق مايشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة .. ويصلح للاستخدام فى جميع الأعمار ومختلف المستويات.

٢٠ ـ مقياس سمه وحالة القلق StateTrait Anxiety Scale وقد وضع هذه القائمة سبيلبيرجر Spielberger ونقلها إلى العربية أحمد عبد الخالق ، وتشتمل على صورتين الأولى لقياس سمة القلق والثانية لقياس حالة القلق.

٢١ ـ مقياس القلق للمكفوفين : وقد أعده عادل الأشول ، عبد العزيز الشخص ويتكون من ٧٨ بندا يمثل كل منها مظهرا من مظاهر القلق أسفر التحليل العاملى إلى وجود ستة عوامل هى : العامل الأولى : الأعراض الفسيولوجية للقلق ، والثانى المظاهر الانفعالية للقلق، والعامل الثالث : الشعور بالعزلة الإجتماعية، والرابع : اضطراب العمليات المعرفية ، والخامس الشعور بعدم الأمن حيال المستقبل المهنى والأسرى ، والسادس يتعلق بصعوبه مواجهة متطلبات الحياة اليومية.

٢٢ ـ قائمة بيك للاكتئاب : أعدها آرون بيك وأعدها للعربية رشاد عبدالعزيز وتتكون من ٢١ عرض للاكتئاب هى : الحزن ، التشاؤم ، الاحساس بالفشل، عدم الرضا، الذنب ، توقع العقاب ، مقت الذات ، اتهام الذات ، الأفكار الانتحارية، البكاء ، حدة الطبع ، الانسحاب الإجتماعى ، التردد وعدم الحسم، تغيير الفكرة عن المظهر الجسمى ، الاعاقة فى العمل ، الأرق سرعة الاحساس بالاجهاد ، فقدان الشهية ، فقدان الوزن ، الانشغال بصحة البدن، فقدان الشهوة الجنسية والمقياس له عدة ترجمات للعربية أخرى.

٢٣ ـ مقياس الغضب للمراهقين والراشدين : اعداد حسن مصطفى ، على عبدالسلام .. ويقيس خمس أبعاد للغضب هى : حدة الغضب ، مثيرات الغضب، المشاعر الانفعالية المصاحبة للغضب ، التصرفات المصاحبة للغضب، الأحكام العقلية المصاحبة للغضب.

٢٤ ـ مقياس المخاوف (الفوبيات) للأطفال : اعداد محمد عبد الظاهر الطيب ويتكون من ٢٠ عبارة ويصلح للأطفال من سن ٩ – ١٢ سنة.

٢٥ ـ اختبار الشخصية الاسقاطى الجمعى : وضعه وأعده للعربية محمود أبو النيل ويقيس : السعادة ، وهن العزيمة ، الرعاية ، الانزواء ، العصابية ، الانتماء، طلب النجدة ، معامل انخفاض التوتر.

٢٦ ـ استبيان المشكلات النفسية للأطفال والمراهقين : وقد وضعه حسن مصطفى لاستطلاع المشكلات الشائعة فى هذه المرحلة ويتضمن ٥١ مشكلة هى : الغضب، الكذب ، الهروب ، السرقة ، الاكتئاب ، العزلة ، الغيرة ، الشعور بالنقص، العدوان ، القلق ، مشكلات الجنس ، التدخين وتعاطى المخدرات ، ضعف التحصيل الدراسى ، البذاءة اللفظية ، الخوف.

٢٧ ـ استبيان مشكلات المسنين : وقد وضعه حسن مصطفى لحصر المشكلات الشائعة فى الشيخوخة وهى: المشكلات الجسمية والصحية ، المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات فى المجتمع ، المشكلات المالية والمهنية ، المشكلات الترويحية والنشاط الترفيهى .

٢٨ ـ استبيان الاتجاهات نحو تربية الطفل وحياة الأسرة : وقد أعده حسن مصطفى عن استبيان ايريك شيفار وريتشارد بلSchaefer، E.S & Bell، R. ويتضمن ١٤ اتجاها نحو تربية الطفل وحياة الأسرة من وجهة نظر الأم من خلال ثلاثة أبعاد هى : البعد الأول التدعيم الأمومى .. ويشتمل على أربعة اتجاهات : الاستقلال ، تشجيع التعبير اللفظى ، التعجيل بالنمو ، التعبير عن العاطفة ، والبعد الثانى : التحكم والضبط .. ويشتمل على خمسة اتجاهات : الحماية الزائدة ، السلطة المطلقة للوالدين ، العزل عن المؤثرات الخارجية ، قمع الجنس .. والبعد الثالث : التفاعل الأسرى ويشتمل على خمسة اتجاهات : الخلافات الزوجية ، الرضا بالدور الأمومى ، الرضا بدور ربه البيت، الانعزالية ، تعظيم الوالدين.

٢٩ ـ مقياس أساليب المعاملة الوالدية : اعداد حسن مصطفى ويقيس عشر أساليب قطبية للمعاملة الوالدية تجمع بين الاتجاه الإيجابى والسلبى فى معاملة الأبناء

هى : الديمقراطية /الأوتوقراطية ، الاستقلال / الاعتمادية ، الحرص/الاهمال ، القبول/ الرفض ، التسامح / القسوة ، الواقعية / عدم الاتساق ، التحرر/ المحافظة ، تشجيع الانجاز / اعاقة الانجاز ، الحزم / الحماية والتدليل ، القدوة الحسنة / انعدام القدوة.

٣٠ ـ مقياس أساليب المعاملة الوالدية : الذى وضعه بيرس وزملاؤه وأسموه مقياس "إمبو EMBU " باللغة السويدية وقام روس وزملاؤه Ross et al بتقنينه والتأكد من صلاحيته باللغة الإنجليزية ، وقام محمد السيد عبد الرحمن ، ماهر المغربى باقتباسه واعداده للعربية ويقيس أربعة عشر بعدا منها أربعة أبعاد للمعاملة الوالدية السوية هى : التسامح، التعاطف ، التوجيه للأفضل ، التشجيع، وعشرة أبعاد للمعاملة غير السوية هى : الايذاء الجسدى ، الحرمان، القسوة ، الاذلال ، الرفض ، الحماية الزائدة ، التدخل الزائد ، الاشعار بالذنب ، تفضيل الأقوى ، التدليل.

٣١ ـ استبيان ضغوط أحداث الحياة : أعده كونستانس ل . هامنC.L Haman بجامعة كاليفورنيا واقتبسه حسن مصطفى كأداه للتقييم السيكولوجى لمدى تأثير أحداث الحياة فى الفرد ، وقام بتوسيع بنوده فأصبح فى صورته الأخيرة يتكون من ١٠٠ بند تقيس ثمان مجالات للضغوط هى : ضغوط العمل والدراسة، الناحية المالية ، الناحية الصحية ، المنزل والحياة الأسرية ، الزواج والعلاقة بالجنس الآخر ، ضغوط الوالدين ، الأحداث الشخصية ، ضغوط الصداقة والعلاقة بالآخرين.

٣٢ ـ مقياس الضغوط الوالدية : أعده حسن مصطفى للكشف عن الضغوط التى يعانى منها آباء الأطفال المتخلفين عقليا ، ويتكون من سبعة أبعاد هى : ضغوط حمل وولادة الطفل ، ضغوط المشكلات النمائية والسلوكية للطفل ، ضغوط علاج الطفل ، ضغوط تعليم الطفل ، ضغوط مستقبل الطفل ، الضغوط الانفعالية والتوافق الأسرى ، الضغوط الإجتماعية للأسرة.

٣٣ ـ قائمة الضغوط النفسية للمعلمين Teacher Stress Inventory من اعداد فيميان ، وقد اقتبسها طلعت منصور ، فيولا الببلاوى .. ويتألف من ٤٩ بندا أسفر التحليل العاملى لها عن وجود سبعة عوامل لهذه الضغوط هي: ضواغط (مقلقات) العبء المهنى ، نقص الدافعية ، الضيق المهنى (الضيق بالمهنة) ، صعوبات إدارة الوقت ، المظاهر الانفعالية للضغوط ، المظاهر السلوكية للضغوط ، المظاهر الفسيولوجية للضغوط .. وعندما تم اجراء تحليل عاملى من الدرجة الثانية أسفر عن وجود عاملين يدوران حول : مصادر الضغوط النفسية ، ومظاهر الضغوط النفسية.

٣٤ ـ مقياس أساليب مواجهة ضغوط الحياة : اعداد حسن مصطفى ويهدف إلى الكشف عن الأساليب التى يتخذها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.. وذلك من خلال سبعة أساليب هى : العمل من خلال الحدث ، الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى ، التجنب والانكار ، طلب المساندة الإجتماعية ، الالحاح والاقتحام، العلاقات الإجتماعية ، تنمية الكفاءة الذاتية.

٣٥ ـ مقياس عملية تحمل الضغوط Coping Process Scale اعداد لطفى عبد الباسط إبراهيم .. ويقيس أحد عشر عملية يستخدمها الانسان لتحمل الضغوط هى : السلبية ولوم الذات ، الانسحاب المعرفى ، البحث عن المعلومات ، اعادة التفسير ، التفكير الإيجابى ، التحول إلى الدين ، التنفيس الإنفعالى ، القبول ، التريث الموجه ، الانكار ، المواجهة النشطة.

٣٦ ــ مقياس موضع الضبط : وقد وضع هذا المقياس جيمس ب كونيل J.P. Connell (1985) لدراسة الضبط المدرك وقام حسن مصطفى بتعديله للاستخدام مع المراهقين والراشدين ويقيس ثلاثة مواضع للضبط وفقا للطريقة التى يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات هى : الضبط الداخلى ، الضبط الخارجى ، الضبط غير المعروف وذلك من خلال أربعة مجالات هى : المجال المعرفى ، والمجال الاجتماعى، المجال الجسمى، المجال العام.


إريك إريكسون

٣٧ ـ مقياس اريكسون لنمو الشخصية: أعده فى الأصل أوشاو بلوج Ocse, R & Plug, C (١٩٨٦) لدراسة مدى صدق نظرية اريكسون الخاصة بالنمو النفسى الإجتماعى للشخصية وقد اقتبسه حسن مصطفى للكشف عن أزمات النمو هى: مرحلة الثقة فى مقابل عدم الثقة، مرحلة الاستقلال فى مقابل الخجل والشك، مرحلة المبادأة فى مقابل الاحساس بالذنب مرحلة الاجتهاد فى مقابل الاحساس بالنقص ، مرحلة الاحساس بالهوية فى مقابل تشتت الهوية، مرحلة الألفة فى مقابل الانعزال ، مرحلة الانتاج فى مقابل الاحساس بالركود . ثم مقياس للمقبولية الإجتماعية.

٣٨ ـ مقابلة هوية الأنا : أعدها جيمس مارشيا J. Marcia لتقدير مراتب الهوية فى المراهقة المتأخرة لدراسة المرحلة الخامسة من نظرية اريكسون وتشتمل على خمس مجالات هى : الاختيار المهنى ، المعتقدات الدينية ، المعتقدات السياسية، الاتجاه نحو الدور الجنسى ، العلاقات بالجنس الآخر . وبناء على درجة استكشاف البدائل المتاحة ، والإلتزام نحوها يتم تقدير الهوية من احدى الرتب الأربعة التالية : تحقق الهوية ، توقف الهوية (التأجيل وتعليق الهوية) ، اعاقة الهوية (الانغلاق) ، تشتت الهوية.

٣٩ ـ المقياس الموضوعى لحالة الهوية : اعداد جيرالد آدمز Gerald Adams على أساس نظرية اريكسون وطبقا لمفاهيم مارشيا عن مراتب الهوية الأربعة (تحقق الهوية ، توقف أو تعليق الهوية ، اعاقة الهويه (الانغلاق) ، تشتت الهوية . وذلك من خلال جانبين هما : الجانب الأيديولوجى ، والجانب المتصل بالعلاقات بين الأشخاص .. ولقد قام حسن مصطفى (١٩٩٣) باقتباس المقياس

وطبقه فى البيئة السودانية ، وقام محمد السيد عبد الرحمن بتقنين معاييره فى البيئة المصرية (١٩٩٤)

٤٠ ـ مقياس المساندة الإجتماعية : اعده ساراسون ولى ين ، وباشام Sarason ، Levine، & Basham ونقله إلى العربية محمد محروس الشاوى ، سامى أبو بيه يقيس بعدين هما: عدد الأشخاص المتاحين للمساندة (أى أقرب الأفراد فى النسيج الإجتماعى للفرد) ، مدى الرضا عما يمكن لهؤلاء الأفراد أن يقدموه من مساندة.

٤١ ـ مقياس التوجه نحو المساعدة : أعده باللغة العربية محمد السيد عبدالرحمن، محمد محروس الشناوى عن المقياس الذى أعده رومر ، جرودر ، ايزادرو Romer، Gruder & Iezzadro ويقيس أربعة أنواع للتوجه نحو مساعدة الآخرين فى مواقف التفاعل بين الأفراد وبعضهم البعض وهى : الغيرية، وقبول الاعطاء ، والمساندة الداخلية ، والأنانية...

٤٢ ـ مقياس المهارات الإجتماعية : أعده فى البيئة الأميريكية رونالد ريجيو Riggio وأعد صورته العربية محمد السيد عبدالرحمن ويتكون من سته مقاييس فرعية تقيس مهارات التواصل الإجتماعى فى مستويين هما المستوى الانفعالى والمستوى الإجتماعى وهى : التعبير الانفعالى ، الحساسية الانفعالية، الضبط الانفعالى ، التعبير الاجتماعى، الحساسية الإجتماعية ، الضبط الإجتماعى.

الفصل التاسع

الاختبارات الاسقاطية

تعريف الاختبارات الاسقاطية :

الاختبار الاسقاطى Projective Test وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، ولمادة الاختبار من الخصائص المتميزة ما يجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجاته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يفطن لما يقوم به من تفريغ وجدانى (غنيم، براده ١٩٧٥).

وقد ظهر لفظ " اسقاط" لأول مرة عند فرويد فى مقال له عن عصاب القلق ١٨٩٤، فقد أوضح فرويد أن عصاب القلق يظهر عند الفرد حينما يعجز عن السيطرة على المثيرات، لذلك يسقط الفرد هذه المثيرات على العالم الخارجى . وبذلك يعتبر الاسقاط عند فرويد عملية دفاعية لاشعورية تتخلص بها الأنا من المشاعر النفسية غير المرغوب فيها باسقاطها على الآخرين والعالم الخارجى مما ينتج عنه خفض حدة التوتر لدى الفرد.

وفى سنة ١٩٣٩ وصف لورنس فرانك (L. Frank) الاختبار الاسقاطى بوصفه وسيلة لدراسة الشخصية ، فالفرد حينما يستجيب لمثيرات غير متشكلة ومبهمة الى حدما فانه يستجيب للمعنى الذى يضفيه عليه المنبه بشكل من أشكال الفعل أو الوجدان الذى يعبر فعلا عن شخصيته لا ما قد سبق للفاحص أن قرره تعسفيا.

ولاينطبق تماما معنى الاسقاط فى الاختبارات الاسقاطيه على معناه عند فرويد فهو لايتضمن بالضرورة عمليات لاشعورية، فالاختبار الذى يتيح للفرد التعبير عن عالمه غالبا ما يؤدى الى أن يعبر الفرد بمادة شعورية عن الخبرات والميول المعروفة للشخص .

كما أن الاستجابة فى الاختبار الاسقاطى ليس من الضرورى أن تكون عملية دفاعية لخفض حدة التوتر بل من المحتمل أن يؤدى غموض المثير وعملية تنظيم السلوك فى المواقف الجديدة الى زيادة القلق لدى الفرد (غنيم، براده ١٩٧٥).

ان حركة الاسقاط بالرغم من ارتباطها الأولى بفلسفة التحليل النفسى ، قد استبانت بعد حين أهميتها وارتباطاتها النظرية بمداخل أوسع فى تناول القضايا والدراسات النفسية التجريبية مثل الوظائف الحسية والنمو الادراكى ، هذا فضلا عن أهميتها لتحقيق فهم أشمل لنظريات الشخصية المعاصرة.

ولقد صادف ظهور الاختبارات الاسقاطية قيام مدرسة الجشطلت ١٩١٢ بواسطة العالم الألمانى ماكس فرتيمر Max Wertheimer وقد استهوت تجاربه فى الادراك كلا من كوهلر Kohler وكوفكا Koffka اللذان قاما بتطوير ووضع قوانين فى الادراك وغيره من المجالات ذات الصلة وتؤكد الجشطلت أنه من الصعب فهم العمليات العقلية المعقدة بمحاولة تجزئتها الى مكونات أولية ، وأعطت اهتماما كبيرا الى وحدة الكائن الحى وذهبت الى أن ادراكاتنا انما هى ادراكات لكليات.

ان تأثير فلسفة الجشطلت على نظريات الشخصية المعاصرة يمكن أن يرى بصورة واضحة فى المحاولات اللاحقة لتقييم وفهم الشخصية بصورة كلية، ويشكل هذا الادراك الكلى للشخصية جزء أساسيا لنظريات ألبورت وماسلو، وكارل روجرز. (Hjelle & Ziegler 1976) .

ويبدو أن الوسائل الاسقاطية قد تأثرت بهذا المفهوم الجشطلتى وذلك بمحاولة فهم شخصية الفرد فهما كليا شاملا من خلال ادراكه الذاتى للمثيرات.

وعملية الادراك وهى الربط بين ما يحسه المرء وبعض خبراته الماضية تخضع لعوامل موضوعية وأخرى ذاتية ، وقد أولت الجشطلت أهمية كبيرة للعوامل الموضوعية وصاغت قوانينا لذلك ، لكنها أغفلت الى حد ما دور العوامل الذاتية

والتى تلعب دورا هاما فى عملية الاسقاط، وبما أن الادراك يتطلب وجود الموضوع المدرك والذات المدركة فلا بد من اعتبار كلا العاملين الموضوعى والذاتى فى فهم عملية الادراك.

فلا غرو اذن أن اتجهت الدراسات الحديثة الى دراسة تلك العوامل الذاتية وذلك بواسطة الوسائل الاسقاطية وغيرها لأجل فهم عمية الادراك وبالتالى أهمية ذلك فى فهم الشخصية بصفة عامة . (غنيم، براده ١٩٧٥).

خصائص الاختبارات الاسقاطية:

ذكر غنيم وبرادة فى كتاب (الاختبارات الاسقاطية) خصائص عديدة للاختبارات الاسقاطية، ومن أهم تلك الخصائص:

أ- الموقف المثير الذى يستجيب له الفرد غير متشكل نسبيا وناقص التحديد والانتظام مما يؤدى الى التقليل من التحكم الشعورى لسلوك الفرد.

ب - غالبا ما لا تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات ودلالاتها ومن ثم فان استجاباته لن تتأثر بالارادة الى حد بعيد.

جـ - يعطى الفرد حرية التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته دون أن تكون هناك اجابات صحيحة وأخرى خاطئة تحكم استجاباته.

د - الاختبارات الاسقاطية لاتقيس نواحى جزئية أو وحدات مستقلة تتألف منها الشخصية بقدر ما تحاول رسم صورة ديناميكية كلية للشخصية.. وعلى هذا فالشخصية فى المفهوم الاسقاطى عملية تخضع باستمرار للتفاعل المتبادل بين الفرد بما لديه من حاجات واستعدادات ودوافع وبين البيئة المادية والاجتماعية التى يعيش فيها.

وعلى الرغم من تلك المميزات الكثيرة للاختبارات الاسقاطية ، فقد تعرضت هذه الاختبارات لكثير من النقد خاصة فى بداياتها الأولى لعدم التثبيت من منهجيتها من الناحية العلمية ، وكذلك ضعف درجتى الثبات والصدق لمثل هذه الاختبارات ،

وافتقارها للموضوعية حيث لايوجد معيار كمى للصواب والخطأ ، أو طريقة ثابتة لتصحيح الاختبار الاسقاطى.

والحقيقة أن هذا النقد يصدر فى معظم الأحيان عن أولئك الذين لم يتلقوا التدريبات الكافية لاجراء مثل تلك الاختبارات (مليكة وآخرون ١٩٦٤ Dubey et al 1981)، وكذلك من أولئك الذين لايؤمنون بأهمية القياس النفسى بصفة عامة وبالاختبارات الاسقاطية بصفة خاصة.

فقد ثبت أن الاختبار الاسقاطى مثل الرورشاخ يمكن أن يعطى نتائج طيبة شريطة أن يتم تطبيقه بواسطة خبير متمرس.(Kaplan & SAccuzzo 1982)

كما وأن الاختبار الاسقاطى لايخلو من الموضوعية كلية وبالقدر الذى تسمح به طبيعة الاختبار.

فمعيار الصواب والخطأ وطريقة الأسئلة فى الاختبارات الموضوعية يمكن أن يقيد انسياب الاستجابة بصورة صريحة وحقيقية وهو ذات السبب الذى وضعت من أجله الاختبارات الاسقاطية ، اذ أن الميزة الأساسية للاختبارات الاسقاطية هى أن الاستجابة فيها تخرج بصورة تلقائية وعفوية وبذلك تكون أكثر أصالة وأقرب الى وصف الحالة النفسية المطلوبة.

أنواع الطرق الاسقاطية:

أورد "غنيم وبرادة (١٩٧٥) تقسيم فرانك للوسائل الاسقاطية نوجزه فيما يلى

١ - الطرق التكوينية"Constitutive Method"

وتتطلب من المفحوص أن يضفى على المادة الغامضة نوعا من التكوين والتنظيم كما فى اختبار رورشاخ.

٢ - الطرق البنائية"Constructive Method"

تتطلب تنظيم مواد محددة الحجم كما فى اختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان Shcidman.

٣ - الطرق التفسيرية"Interpretive Methods"

وفيها يعطى المفحوص تفسيرا لأشياء يجد فيها معنى شخصيا أو انفعاليا كما فى اختبار تفهم الموضوع "TAT" وتتطلب نشاطا ذهنيا أكثر ضبطا وأشد تعقيدا. ويعتمد تفسير الاستجابات على تحليل مضمونها.

٤ ـ الطرق التفريغية. "Cathartic Methods"

وهى تتيح للمفحوص التخلص من انفعالاته كما فى طريقة اللعب العلاجى، مثل الطريقة التى ابتدعها ليفى (Levy) فالمريض يكشف عن متاعبه ويتخفف عنها عن طريق التنفيس

٥ ـ الطرق التحريفية"Refractive Methods"

وهى الطرق التى تعطى صورة عن الشخصية عن طريق التغيير الذى يحدثه المختبر فى أساليب الأفعال مثل استخدامه أساليب كلامية معينة.

وفيما يلى نتناول أربعة نماذة من أنواع الاختبارات الاسقاطية هى اختبار تداعى الكلمات ، واختبار تكملة الجمل الناقصة، واختبار تفهم الموضوع للكبار، واختبار الرورشاخ.

١ ـ اختبارات تداعى الكلمات

استخدم كربلين وجالتون ويونج التداعى فى دراسة طبيعة السلوك الشاذ ودراسة العقد ومجالات الاضطراب الانفعالى عند الفرد : ولقد وضعت قوائم كلمات كثيرة ومتعددة لدراسة التداعى..

ولقد وضع ربابورت وجيل وشافر قائمة تتكون من ٦٠ كلمة تتصل بمجالات متعددة كالأسرة ، والنواحى الفمية ، والشرجية ، والعدوان ، والدلالات الجنسية المتنوعة ، كما تمس فى نظرهم مجالات فكرية وألوانا من الصراع التى تظهر فى أنماط مختلفة من سوء التوافق ـ وفيما يلى قائمة ربابورت وجيل وشافر تقدمها لأهمية الدراسة التى قاموا بها ،وتحليلهم للنتائج التى توصلوا اليها.

قائمة ربابورت وجيل وشافر لتداعى الكلمات

١ـ عالم	٢١ـ جريمة	٤١ـ تاكسى
٢ـ حب	٢٢ـ جبل	٤٢ـ أم
٣ـ أب	٢٣ـ منزل	٤٣ـ منضدة
٤ ـ قيمة	٢٤ـ ورقة	٤٤ـ لحم بقر
٥ ـ صدر	٢٥ـ مثلى الجنسية	٤٥ـ حلمة
٦ ـ ستائر	٢٦ـ شعاع	٤٦ـ جنس
٧ ـ جذع	٢٧ـ صديقة	٤٧ـ ماء
٨ ـ شرب	٢٨ـ حاجز	٤٨ـ يرضع
٩ ـ جماعة	٢٩ـ يستمنى	٤٩ـ حصان
١٠ ـ حركة الأمعاء	٣٠ـ اطار	٥٠ـ نار
١١ ـ كتاب	٣١ـ رجل	٥١ـ مهبل
١٢ ـ مصباح	٣٢ـ انتصاب	٥٢ـ مزرعة
١٣ ـ سجادة	٣٣ـ خيالة	٥٣ـ اجتماعى
١٤ ـ كرسى	٣٤ـ يقطع	٥٤ـ ابن
١٥ ـ صديق	٣٥ـ يضحك	٥٥ـ ضرائب
١٦ ـ قضيب	٣٦ـ يعض	٥٦ـ طباق
١٧ ـ مظلم	٣٧ـ امرأة	٥٧ـ مدينة
١٨ ـ مكتئب	٣٨ـ رقص	٥٨ـ معاشرة
١٩ ـ ربيع	٣٩ـ كلب	٥٩ـ مستشفى
٢٠ ـ كأس	٤٠ـ إطار	٦٠ـ دكتور

وتقدم القائمة فى العادة شفويا ، كما يجرى الاختبار فرديا نظرا لما يتطلبه الأمر من قياس زمن الرجع لكل كلمة ، وملاحظة حركـات المفحوص واشاراته ، وما قد يحدث من توقف أثناء اجراء الاختبار.

طريقة اجراء الاختبار :

يمر الاجراء بمرحلتين :

المرحلة الأولى : استجابة المفحوص للكلمات المثيرة :

وهذه المرحلة تبدأ عادة بالتعليمات الآتية :

"سأقرأ عليك قائمة من الكلمات كلمة كلمة.. والمطلوب هو أن تستجيب لكل منهابكلمة أخرى واحدة .. لايهمنا آية كلمة تقولها ، ولكن يجب أن تكون هى الكلمة الأولى التى ترد الى ذهنك بعد سماع الكلمة التى أقولها.. أحب أن تجيب بأسرع ما يمكنك لأننى سأحسب الزمن الذى تستغرقه فى الاستجابة .. وسوف أقول الكلمة مرة واحدة فقط ، ولن أعيدها ثانية. "

وبعد أن ينتهى الفاحص من القاء التعليمات يبدأ فى ذكر الكلمة الأولى ، ويسجل الكلمة التى استجاب بها المفحوص، وكذلك زمن الرجع Reaction Time وأعنى به الزمن المنقضى بين وقت سماع المثير واعطاء الاستجابة .. ويجب التأكد من أن المفحوص سمع الكلمة المثير جيدا ، والتأكد من الكلمة التى نطق بها المفحوص.

المرحلة الثانية : اعادة الانتاج :

وبعد انتهاء المرحلة الأولى يقول الفاحص للمفحوص " سأعيد عليك نفس الكلمات والمطلوب أن تستجيب بنفس الكلمات التى استجبت بها أول مرة، حاول أن تستجيب بسرعة ، وسوف أحسب الزمن الذى تستغرقه هذه المرة كذلك ثم يبدأ فى اعطاء الكلمة الأولى .

ويسجل الاستجابة الجديدة اذا كان ثمة اختلاف بينها وبين الاستجابة الأولى، كما يسجل زمن الرجع اذا زاد عن ثانيتين لمن يستجيب بسرعة غالبا ، ومن ٣ـ٤

ثوان لمن يستجيب ببطء ، ويعطى الاستدعاء علامة (+) اذا كان صحيحا، وعلامـة (-) اذا كان خاطئا.

التقدير :

قدم ربابورت أنواع الاضطرابات التى تحدث للتداعى فى اجراء مثل هذا النوع من الاختبارات مثل :

١- التوقف : وعدم القدرة على اعطاء آية استجابة.

٢- التسمية : تسمية الأشياء الموجودة بغرفة الاختبار - مما يشير الى وجود حالة اعاقة أو رغبة فى التخلص من الموقف.

٣- التعريفات : اعطاء تعريف متعدد الكلمات.

٤- التكرار : لنفس الكلمة المثير.

٥- اعطاء صفات للكلمة المثير: " امرأة - جميلة" ، منضدة - خشب."

٦- الاشارة الى الذات : " ابنة - ابنتى. "

٧- المداومة والاسمترار فى الاستجابة لنفس المثيرات التى بينها علاقـة مثل "أب - شخص" ، " طفل - شخص" ، " أم - شخص. "

٨- اعطاء الاستجابة المكونه من عدة كلمات : " اجتماعى - له شلة من الاصدقاء."

٩- الاستجابات التى لاتربطها رابطة بالمثير : " كتاب - فنزويلا ، ظلام - ساعة. "

١٠- الاستجابات التى تخرج عن نطاق الاستجابات العادية : "جماعة - جنازة. "

واختبار التداعى عند تطبيقه من الناحية الكلينيكية يزودنا بالكثير من المعلومات.. فالاستجابات الخاصة جداً، أو البعيدة عن المألوف قد تصبح فى ذاتها دليلا على أن الكلمة المثير قد مست نقطة حساسة فى فكر المفحوص مثال ذلك:" "أب - طاغية" وقد تحدث الكلمة المثير اضطرابا فى التداعى يكشف عن أن الكلمة قد مست منطقة صراع عند الفرد ، كما تكشف فى الوقت نفسه عن طبيعة هذا الصراع القائم فى النفس : فعند الاستجابة لكلمة "زوجة" بكلمة "شك" ، فان هذه

الاستجابة تكشف ليس فقط عن وجود صراع لدى الفرد ، بل تكشف أيضا عن طبيعة هذا الصراع أو نوعه.

وقد كشفت مدرسة التحليل النفسى عن أن الأفكار التى نتذكرها ونستجيب بها انما تفهم فى ضوء انفعالات الفرد وعواطفه ووجداناته ورغباته واتجاهاته.. فعملية التداعى أو التذكر لاتحدث آليا ، بل تحددها وجدانات الفرد واتجاهاته وحالته النفسية .. وعلى هذا الأساس يمكن النظر الى الاستجابة بأنها انعكاس لحالة الفرد النفسية واتجاهاته ورغباته.

الدلالات التشخيصية لاختبار التداعى :

توصل كل من ربابورت وجيل وشافر الى وضع الدلالات الاكلينيكية التى يمكن على أساسها تشخيص الحالات المرضية الكبرى من ذلك :

١- أن **حالات الفصام** تتميز استجاباتهم بالخصائص الآتية:

- كثرة ما يعطونه من استجابات بعيدة عن الكلمة " المثير" ، وهم يكشفون عن طريق هذه الاستجابات عن سلسلة مرضية من المكونات اللاشعورية لعملية تداعى الفكر عندهم.
- ميل واضح نحو إعطاء التداعى القائم على التشابه فى أوزان الكلمات ، وميل واضح لتكملة الجمل .. ويمكن اتخاذ هذه الاستجابات كأدلة على الهرب والاندفاع غير المعقول.
- كثرة الاستجابات المتعددة للكلمات ، وكثرة التوقف (فى صورة الفشل فى اعطاء استجابة ، أو تكرار الكلمة المثير).
- التنوع الكبير فى أزمنة الرجع : فبعضها طويل ، وذلك على عكس ما يميلون اليه من الاستجابة السريعة العامة.
- عند اعادة الانتاج تنحرف استجابات الفصاميين بشكل ظاهر وخطير، أكثر من العصابيين والعاديين.

٢ـ **الاكتئاب** : يتميز الاكتئابيون ببطء الاستجابة ، وتجميع كل أنواع الاستجابات القريبة خصوصا التعريفات .. ويتميزون بكثرة ما يعطونه من استجابات قريبة من المثير ، أو بعيدة عنه وبصور التوقف المختلفة.

٣ـ **العصابيون** :

- تتميز حالات **الهستريا** : بكثرة التوقف خصوصا بالنسبة للكلمات ذات الدلالة الجنسية ، كما تتميز بعدم الاستجابة أحيانا ، وباعطاء تعريفات .. واعادة الانتاج عندهم من النوع المنتظم ، كما أن زمن الرجوع لايتأثر كثيرا.
- حالات **الوساوس والعصاب القهرى** : تتميز بكثرة ماتعطيه من صور بصرية للاستجابات .. ومع ذلك فهى لاتكشف عن الاضطرابات الكثيرة التى تكشف عنها حالات الفصام.

٢ - اختبار تكملة الجمل الناقصة

يرفض بعض الاكلينيكيين اعتبار اختبار تكملة الجملSentence Completion Testاختبارا اسقاطيا ، ومع ذلك : ففيه جميع مقومات الاختبار الاسقاطى فطبيعة الاختبار مبهمة وغامضة وناقصة التكوين الى حد ما ، ويتطلب من المفحوص أن يعطيه معنى محددا واضحا ، كما أن المفحوص لايستطيع أن يدرك بوضوح المغزى الذى يكمن وراء الاجابات ، ولايمكنه أن يعرف ما إذا كانت اجابته جيدة أو غير جيدة.

ولقد قدم " جوزيف ساكس ، وليفى" الدليل على أن اختبار تكملة الجمل الناقصة اختبارا اسقاطيا ، وذلك بتجربة بسيطة ، فقد طلبا من عشرة أشخاص تكملة العبارة الآتية بسرعة ، وبدون تفكير فى محتواها وهى:

"الطريقة التى عامل بها والدى والدتى تجعلنى أحس . " ....

وقد حصل الباحثان على الاستجابات الآتية:

١ـ بالسعادة التامة.

٢ـ بعدم الاكتراث الى حد ما.

٣- بالرغبة فى قتله.

٤- بالسير على منواله.

٥- بأنها طريقة طيبة.

٦- بالثورة والتمرد.

٧- بأنها طريقة لاضير فيها.

٨- بالفزع.

٩- بأنه طفل صغير.

١٠- بالرغبه فى الهرب من البيت.

وهكذا : فقد حصل الباحثان على عشرة اجابات فريدة فى نوعها ردا على عبارة واحدة فقط سواء فى الشكل أو المحتوى.

من هذا المنطلق أخرج جوزيف ساكس اختبارا لتكملة الجمل الناقصة أصبح من الاختبارات التى تستخدم فى المجالات الاكلينيكية استخداما واسعا نظرا لأهميته فى التشخيص الاكلينيكى..

محتوى الاختبار:

يهدف اختبار ساكس الى دراسة مجالات أربعة من مجالات التوافق هى : الأسرة، الجنس، العلاقات الانسانية المتبادلة، فكرة المرء عن نفسه .. وقد لاحظ ساكس أن عبارات الاختبار تتيح للفرد فرصا كافية للتعبير عن اتجاهاته وبشكل يسمح للسيكولوجى أن يستدل منها على اتجاهات الشخصية السائدة ، وتفيده فى الكشف عن الحالات المرضية وتعطى للأخصائي الاكلينيكى أدلة هامة عن محتوى اتجاهات المريض ومشاعره ...

* المجال الأول : مجال الاسرة : ويتضمن ثلاثة مجموعات من الاتجاهات:

الاتجاه نحو الأم.

الاتجاه نحو الأب.

الاتجاه نحو وحدة الأسرة.

وكل اتجاه من هذه الاتجاهات يعبر عنه بأربع عبارات تسمح للفرد أن يكشف عن اتجاهاته نحو والديه كأفراد ، ونحو أسرته ككل.. وتصبح عبارات المجال الأول (١٢) عبارة منها : "أنا وأمي..." أود لو أن والدى ... " ، "معظم الأسر التى أعرفها ."...

* **المجال الثانى** : مجال الجنس : ويبحث الاتجاهات نحو النساء والعلاقات الجنسية الغيرية والعبارات التى تتصل بهذا المجال ثمانية تسمح للفرد أن يعبر عن:

- اتجاهه نحو النساء كأفراد فى المجتمع.
- اتجاهه نحو الزواج والعلاقات الجنسية ذاتها.

من ذلك مثلا : "عندما أشاهد رجلا وامرأة معا ..." "حياتى الجنسية. "...

* **المجال الثالث** : مجال العلاقات الانسانية المتبادلة ، ويتضمن:

- الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف.
- الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة.
- الاتجاه نحو رؤساء العمل أوالمدرسة.
- الاتجاه نحو المرء وسين.

ويكشف عن كل اتجاه من هذه الاتجاهات أربع عبارات تسمح للفرد أن يعبر عن مشاعره نحو الآخرين خارج نطاق الأسرة ، وأن يعبر عن رأيه فى شعور الآخرين نحوه من ذلك مثلا : " عندما أرى رئيسى قادما ..." ، "هؤلاء الذين أعمل معهم. "...

* **أما المجال الأخير** : فيتصل بفكرة المرء نفسه : ويتضمن النواحى الآتية:

- المخاوف.
- الشعور بالذنب
- الأهداف.
- فكرة المرء عما لديه من قدرات.
- فكرة المرء عن الماضى .
- فكرة المرء عن المستقبل.

والاتجاهات التى يعبر عنهـا هذا المجـال تعطـى السيكولوجى صـورة عن فكرة المرء عن نفسه على نحو ما هى عليه الآن ، وما كانت عليـه فـى المـاضى ، وما ينبغى أن تكون عليه فى المستقبل.. ومجموع عبارات هذا المجـال ٢٤ عبـارة منها : " معظم أصدقـائى لايعرفـون أنـى أخـاف مـن ..." "أكـبر غلطـة إرتكبتهـا كـانت..." " أعتقـد أن عنـدى القـدرة علـى ..." ،" عندمـا كنـت طفـلا كـانت أسرتى..."،"الشىء الذى أطمح اليه سرا. "...

وبذلك : يتألف الاختبار من ٦٠ عبارة ناقصة تغطى ١٥ اتجاها : وقد كـون ساكس اختباره بأن جمع عددا كبيرا مـن العبـارات التـى تتصـل بهـذه الاتجاهـات المختلفة ، وطلب من ٢٠ سيكولوجى إكلينيكى أن يختاروا من كـل مجموعـة منهـا العبارات الأربعة التى تتفق أكثر والاتجاه المعين وقد اختيرت العبارات التـى كـان لها أكبر تكرار ..

تعليمات الاختبار :

وضع ساكس التعليمات الآتية لاختباره:

"فيما يلى ستون جملة ناقصة .. اقرأ كل واحدة منهـا وأكملهـا بكتابـة أول شىء يرد الى ذهنك .. اعمل بأسرع ما يمكنك ، اذا لم تتمكن من تكملة جملة مـا ، فضع دائرة حول الرقم المقابل لها وانتقل الى الجملة التى تليها ثم عد اليها لاكمالهـا فيما بعد"..

وعندمـا يبدأ المفحـوص فـى الاجابـة يسـجل الفـاحص زمـن الابتـداء فـى المكـان المخصـص لـه ، وعنـد الانتهـاء يسـجل أيضـا زمـن الانتهـاء .. واذا سـمحت الظـروف للفـاحص ، ومـن الممكـن أن يقـوم بعمليـة تحقيـق فيختـار العبـارات التـى تبـدو لـه خاصـة أو غريبـة ، ويطلـب مـن المفحـوص أن يوضحهـا .. وفـى الحـالات التى يشـعر فيهـا المفحـوص بـالقلق ، يمكـن اجـراء الاختبار شفهيا وتسـجل الاجابـات ..

تقدير الاستجابات:

وضعت بطاقة التقدير بحيث تضم معا العبارات التى تتصل بكل اتجاه فمثلا: العبارات التى تدرس الاتجاه نحو الاب تجمع معا وهى:

١- أشعر أن والدى قليلا ما **يحبنى.**

١٦- بودى لو أن أبى قام **بمجرد عمل واحد طيب.**

٣١- أود لو أن والدى **قد مات.**

٤٦- أشعر أن أبى ليس **طيبا.**

ومن خلال تكملة الجمل بالصورة السابقة يمكن أن يتضح للأخصائى الاكلينيكى أن المفحوص يعبر عن عدوان زائد واحتقار للأب ، مع رغبة صريحة فى موته..

وعندما يريد الاخصائى الكلينيكى أن يقدر الاستجابات بطريقة كمية يمكن أن توضع الدرجات وفقا لدرجة اضطراب الاستجابة على النحو التالى:

- درجتان : لحالة الاضطراب الشديد الذى يحتاج لمساعدة علاجية لعلاج الصراعات الانفعالية المتصلة بهذا المجال.

- درجة واحدة : للاضطراب المعتدل أى لمن لديه صراعا انفعاليا متصلا بمجال ما ، ولكن يبدو أن الفرد قادر على مواجهته بنفسه دون حاجة الى مساعدة معالج.

- صفر : حيث لايوجد اضطراب انفعالى له دلالة ملحوظة فى هذا المجال

- X غير معروفة لعدم كفاية الأدلة.

اختبار ساكس لتكملة الجمل

إعداد جوزيف. ساكس، ونقله إلى اللغة العربية

الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة

بيانات شخصية ....

الاسم ....تاريخ الميلاد ....

الجنس .... التاريخ ....

المرحلة الدراسية ....الجهة المحولة ....

	دقيقة	ساعة
زمن الابتداء	....	....
زمن الانتهاء	....	....
مدة الاختبار	....	....

التعليمات

فيما يلي ستون جملة ناقصة : اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول ما يرد إلى ذهنك، اعمل بأسرع ما تستطيع. إذا لم تتمكن من إكمال جملة ما، فارسم دائرة حول رقمها ثم عد إليها لإكمالها فيما بعد :

١- أشعر أن والدي قليلا ما ....

٢- عندما لاتكون الظروف فى جانبي ....

٣- لقدُ كنتُ أبغى دائما أن ....

٤- لو أننى كنتُ المسئول الأول ....

٥- يبدو لي المستقبل ....

٦- الناس الذين هم أعلى مني ....

٧- أنا أعلم أنها حماقة، ولكنني أخاف من ....

٨- أشعر بأن الصديق الحق ....

٩- عندما كنتُ طفلا ....

١٠- فكرتي عن المرأة الكاملة ....

١١- عندما أشاهد رجلا وامرأة معا ....

١٢- أسرتي إذا قورنت بمعظم الأسر الأخرى ....

١٣- فى عملي أنا أكثر انسجاما مع ....

١٤- أمي ....

١٥- أنا على استعداد لأن أقوم بأي شئ ينسيني ذلك الوقت الذي ....

١٦- بودي لو أن أبي قام بمجرد ....

١٧- أعتقد أن عندي القدرة على ....

١٨- سأكون فى سعادة تامة إذا ....

١٩- لو أن الناس عملوا من أجلي ....

٢٠- إنني أتطلع إلى ....

٢١- فى المدرسة، المدرسون الذين يدرسون لي ....

٢٢- أكثر أصدقائي لا يعلمون أني أخاف من ....

٢٣- أنا لا أحب الناس الذين ....

٢٤- فيما قبل الحرب كنتُ ....

٢٥- أظن أن معظم البنات ....

٢٦- شعوري نحو الحياة الزوجية أنها ....

٢٧- أسرتي تعاملني كما لو ....

٢٨- إن هؤلاء الذين أشتغل معهم ....

٢٩- أنا وأمي ....

٣٠- كانت أكبر غلطة ارتكبتها ....

٣١- أود لو أن والدي ....

٣٢- أكبر نقطة ضعف عندي ....

٣٣- الشئ الذي أطمح إليه سرا ....

٣٤- الناس الذين يعملون من أجلي ....

٣٥- في يوم من الأيام أنا ....

٣٦- عندما أرى رئيسي قادما ....

٣٧- بودي لو تخلصت من الخوف من ....

٣٨- الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم ....

٣٩- لو أني عدتُ صغيرا كما كنت ....

٤٠- أعتقد أن معظم النساء ....

٤١- لو كانت لي علاقات جنسية ....

٤٢- معظم الأسر التي أعرفها ....

٤٣- أحب أن أشتغل مع الناس الذين ....

٤٤- أظن أن معظم الأمهات ....

٤٥- حينما كنتُ صغيرا، كنتُ أحس بالذنب نحو ....

٤٦- أشعر أن والدي ....

٤٧- عندما يكون الحظ ضدي ....

٤٨- عند إصدار الأوامر للغير، أنا ....

٤٩- إن كثر ما أبتغيه من الحياة ....

٥٠- عندما تتقدم بي السن ....

٥١- الناس الذين أعدهم أعلى مني ....

٥٢- تضطرني مخاوفي أحيانا إلى أن ....

٥٣- عندما لا أكون بين أصدقائي، هم ....

٥٤- أوضح ذكرياتي عن أيام الطفولة ....

٥٥- آخر ما أحبه فى النساء ....

٥٦- حياتي الجنسية ....

٥٧- عندما كنتُ طفلا، أسرتي ....

٥٨- الناس الذين يشتغلون معى، عادة ....

٥٩- أنا أحب أمي، لكن ....

٦٠- أسوأ ما فعلت فى حياتى ....

<u>التقرير النهائي :</u>

٣- اختبار تفهم الموضوع

الهدف:

اختبار تفهم الموضوع وسيلة توضح للسيكولوجى الخبير بعض مشاعر الفرد وانفعالاته وأحاسيسه، وما يعتمل فى نفسه من ميول وحاجات ورغبات، وصراعات.. ومن المميزات القيمة للاختبار كشفه للميول المكبوتة الخفية التى لايرغب المفحوص أو المريض فى الاعتراف بها اراديا ، أو لايمكنه الاعتراف بها لعدم شعوره بها.

الفائدة:

اختبار تفهم الموضوع مفيد فى آية دراسة شاملة عن الشخصية، وفى تفسير الاضطرابات السلوكية والأمراض العصابية والذهانية والسيكوسوماتية ، كما أنه مفيد فى تفسير ما يعتمل فى نفس المفحوص من مشاعر وانفعالات ودوافع ونزعات مكبوتة وألوان الصراع المختلفة..

الأساس النظرى:

الاجراء المتبع فى اختبار تفهم الموضوع هو تقديم مجموعة من الصور الى المفحوص ، وحثه على أن يؤلف عنها قصصا ارتجالية .. والقصص التى تجمع بهذه الطريقة غالبا ما توضح متضمنات ذات دلالة عن الشخصية .. وتعتمد هذه الحقيقة على اتجاهين سيكولوجيين سائدين:

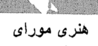
- الأول : هو ميل الناس لتفسير المواقف الانسانية الغامضة بما يتفق وخبراتهم الماضية، ورغباتهم الحاضرة، وآمالهم المستقبلة.

- والثانى : هو نزعة المفحوصين الى أن يغترفوا بطريقة شعورية أو لاشعورية من ذخيرة تجاربهم وخبراتهم الشخصية، ويعبرن عن عواطفهم وحاجاتهم ، ومايدور فى نفوسهم من مشاعر ورغبات.

ولما كان الاختبار يقدم للمفحوص باعتباره اختبارا للتخيل لذا فانه ينكب على هذه المهمة بحيث ينسى ذاته الحاسة وضرورة الدفاع عنها ضد محاولة

الفاحص سبر غوره، ويبدأ فى ذكر حقائق عن شخصيات القصة تتطـابق تمامـا مـع شـخصيته، وهـى حقـائق يـأبى الاعـتراف بهـا اسـتجابة لسـؤال مباشـر .. وينتهـى المفحوص عادة من اجراء الاختبـار وهـو سـعيد، غـير عـالم أنـه قـدم للسـيكولوجى صورة عن ذاته الداخلية تشابه الصورة الملتقطة بأشعة اكس.

مادة الاختبار:



هنرى موراى

ابتدع هنرى موراى H. Murray وزميلتـه مورجان Morgan هذا الاختبار سنة ١٩٣٥، ونشر موراى نتائج البحوث التى أجريت عليه بالعيادة النفسية فى جامعة هارفارد وذلك فـى كتابـة "استكشـافات فـى الشـخصية" Explorations in Personality

ومنذ ذلك الوقت والاختبار يسـتخدم علـى نطـاق واسـع فـى أعمـال العيـادات النفسية فى أمريكا وأوربا وغيرها من البلدان...

ويتألف الاختبار من ثلاثين لوحة تشتمل كل واحدة على منظر به شخص أو جملة أشخاص فى مواقف غـير محـددة المعـالم بحيـث تسـمح بادراكهـا علـى أنحـاء مختلفة، وبينها لوحة بيضاء ناصعة (دون رسم).. ومن بين اللوحات الثلاثين يتكون جهاز من مجموعة صور تقدم للمفحوص حيث أن:

- هناك صور خاصة بجميع الذكور وتحمل الرمز B M أو (ص ر)
- وبعضها الآخر خاص بالذكور فيما فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز M أو (ر)
- وبعضها خاص بالذكور تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز B أو (ص)
- وهناك لوحات خاصة بجميع الاناث وتحمل الرمز GF أو (ب ن)
- وهناك لوحات خاصة بالاناث فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز F أو (ن)
- وهناك لوحات خاصة بالاناث تحت ١٤ سنة وتحمل الرمز G أو (ب)
- وتوجد لوحات للجنسين لاتحمل أى رموز.

- وتوجد لوحات للذكور والاناث فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز MF (ر.ن)



البطاقة (١٢) ن

وبذلك فأى مفحوص من الرجال والنساء يطبق عليه عشرين بطاقة ويرى "مخيمر" عدم ضرورة الالتزام بهذه التحديدات فكثيرا ما يتوحد الرجال ببطلات القصص، وتتوحد النساء بأبطال القصص، فليست العبرة فى الذكورة والانوثة بالأساس التشريحى، بل لغلبة السادية أو المازوكيه (المازوشية...

اجراء الاختبار :

يستغرق اجراء الاختبار جلستين فى العادة يعطى للمفحوص فى كل منهما عشر صور.. وقد لوحظ أن المفحوص لو أعطى العشرين صورة فى جلسة واحدة لأدى ذلك الى التعب، وإلى اقتضاب الحكايات وتفاهة محتوياتها، خصوصا اذا عرفنا أن كل قصة تستغرق فى المتوسط حوالى (٥) دقائق وقد وجد أن بعض الأشخاص قد يحتاج الى أكثر من خمس دقائق، ويحسن فى مثل هذه الأحوال عدم مقاطعته ، بل يحسن أن ندعه يتم قصصه ، حتى ولو أدى ذلك الى اتمام الاختبار فى ثلاث أو أربع جلسات.

تعليمات الاختبار:

تختلف التعليمات التى تلقى فى الجلسة الأولى عن تلك التى تلقى فى الجلسة الثانية ...

- **الجلسة الأولى** : يقول الفاحص للمفحوص:

"سأعرض عليك بعض الصور واحدة واحدة ، وعليك أن تكوّن حكاية حول كل منها، تبين فيها الأمور التى أدت الى الحالة التى تبدو فى الصورة، وتصف ما يقع فيها، وماذا يشعر به الأشخاص الذين تراهم، وماذا يفكرون فيه، ثم قل لى كيف تختم القصة.. اذكر الأفكار التى تخطر لك كما هى فاهم؟ عندك خمسون دقيقة لعشر صور، يمكنك أن تأخذ خمس دقائق لكل صورة وهذه هى الصورة الأولى. "

- **الجلسة الثانية** : يقول الفاحص للمفحوص:

"ان ما نطلبه اليوم هو نفس ماطلبناه فى الجلسة السابقة ـ فقط يمكنك أن تدع الحرية لخيالك ـ لقد كانت حكاياتك العشرة السابقة رائعة ، ولكنها كانت تتصل تماما بوقائع الحياة الجارية.. كل ما أريده اليوم هو معرفة ماذا يمكنك عمله اذا أطلقت لخيالك العنان وتحررت الى حد ما من وقائع الحياة الجارية.. وهذه هى البطاقة الأولى"...



جلسة تطبيق اختبار تفهم الموضوع

- تعليمات البطاقة البيضاء : يقول الفاحص للمفحوص:

"لننظر ماذا يمكنك أن تتصوره على هذه البطاقة البيضاء ــ تصور صورة ما على هذه البطاقة ، ثم صفها لنا بالتفصيل" . واذا عجز المفحوص فمن الممكن أن نقول له : " طيب اقفل عينيك وتخيل آية صورة" .. وبعد أن يصف لنا ما أمكنه تخيله يطلب الفاحص منه أن يكون حكاية من هذه الصورة التى تخيلها. "

ويجب أن يراعى الفاحص عند اجراء الاختبار عدة أمور:

١- لابد من توفر عنصر الصداقة بين الفاحص والمفحوص : فجنس الفاحص، وسنه، وطريقة معاملته ، وشخصيته كل ذلك يعمل على توفير حرية تخيل المفحوص وحيويته فى أداء الاختبار.

٢- يجب أن يقوم الفاحص بتعديل تعليمات الاجراء فى كل جلسة حتى تتلاءم وعمر المفحوص، ومستوى تعليمه ومستوى ذكائه..

٣- عند تحديد موعد الجلسة الثانية يجب ألا يخبر الفاحص المفحوص بما سوف يطلب منه فى الجلسة المقبلة حتى لانعطيه الفرصة لاعداد حكايات قد يسترجعها مما قرأ من روايات أو ما رأى من أفلام..

تفسير الاختبار:

أشار موراى الى أن تفسير الاختبار يتطلب الدقة والخبرة .. فكلما زادت خبرة الفاحص بالاختبار وحسن اعداده من الناحية النفسية والمامه بمبادىء التحليل النفسى وبالأمراض النفسية والعقلية كان أقدر على القيام بعملية التفسير .

وهناك طريقتان فى تفسير اختبار تفهم الموضوع.

الأولى : طريقة الكمية

وفيها تهتم طريقة موراى الكمية بتحليل محتوى القصة بالمكونات الآتية:

أ- البطل الرئيسى الذى يتقمص الفرد شخصيته:

وهو الشخصية التى تحظى بمعظم الحديث عنها فى القصة، والتى يصف المفحوص احساساتها ومشاعرها، أو الشخصية التى يرى الفرد نفسه فيها

ويتقمصها .. ولذا : فهو على وجه العموم : شخصية تشبه شخصية المفحوص، وتتفق صورته الى حد بعيد مع صورة المفحوص.

ومن الملاحظ : أن المفحوص يتقمّص أبطالا من نفس جنسه وسنه .. وأحيانا نجد المفحوص يتقمص أبطالا من الجنس الآخر كأن يتقمص الذكور من المفحوصين أبطالا من الاناث فى الصورة، وقد يتخذ من ذلك دلالة على جنسية مثلية كامنة لدى المفحوص..

ب - الحاجات الرئيسية للبطل:

حيث يشرع الباحث فى الوقوف على الدوافع المحركة للبطل، ومعرفة مشاعره وأفكاره ونزعاته.. ويضع الباحث درجة من خمسة لكل حاجة من الحاجات حسب درجة شدتها أو حدتها أو إلحاحها .وقد صنف موراى نظريته فى الحاجات الى عشرين حاجة ظاهرة، وثمان حاجات كامنه .. وهذه الحاجات هى:

١ - الحاجة للسيطرةNeed of Dominance

أن يتحكم البطل فى بيئته، أن يؤثر فى سلوك الآخرين أو يديره عن طريق الايحاء أو الاغراء أو الاقناع أو الأمر.. أن ينصح الآخرين بالعدول عن القيام بسلوك معين أو يقيد حريتهم أو يحظر نشاطهم،.. أن يستميل آخرون على أن يسلكوا فى الاتجاه الذى يتفق مع آرائه ومشاعره وحاجاته.. أن يؤثر فى الآخرين لتعاون معه، أن يقنعهم على العدول عن آرائهم وفقا لرأيه الشخصى.

٢- الحاجة للانقياد N. of Deference

الاعجاب بالآخرين دوى المنزلة الرفيعة أو يمجدهم أو يفخر بهم أو يمتدحهم .. أن ينتج البطل بلهفة متأثرا بالآخرين، أو يحاكى نموذجا سابقا أو يعمل متبعا العادات والتقاليد ، والاذعان فى حماسه لتأثير شخص آخر حليف، والاقتداء به.

٣- الحاجة للاستقلالN. of Autonomy

الحصول على الحرية والتخلص من القيود، أن يخرج البطل من السجن أو يفك أسره، أن يقاوم الاجبار والتقييد، أن يتجنب أو يتحرر من الأنشطة التى

تفرضها السلطات المستبدة ، أن يكون مستقلا فى أن يسلك طبقا لرغباته، وأن يكون غير متصل بسلطة أعلى وغير مسئول تجاهها، وأن تكون تصرفاته غير مشروطه ، ويستطيع تحدى تقاليد معينة.

٤- الحاجة للعدوان N.of Aggression

أن يتغلب البطل على المعارضين بقوة وفاعلية، أن يحارب ، أن ينتقم من الظلم ، أن يعتدى أو يظلم أو يقتل آخرين، أن يضاد الآخرين بقوة أو يعاقبهم.

٥- الحاجة للاذعان N. of Abasement

أن يخضع البطل سلبيا لقوة خارجية ، أن يتقبل الظلم أو اللوم أو النقد أو العقاب .. أن يسلم أو يخضع لقوة قاهرة، وأن يصبح مستسلما لقدر ، أو يعجب بمركب النقص أو الخطأ أو عمل الخطأ،أو الاحساس بالهزيمة ، أو يلوم البطل نفسه أو يصغر من ذاته، أن يبحث عن الألم ويستمتع بالعقاب والاعتلال وسوء الحظ.

٦- الحاجة للانجاز N. of achievement

أن ينجز البطل شيئا صعبا ، وأن يعمل شيئا هاما بمثابرة واصرار ونشاط، ويجاهد لكى يكمل شيئا ما جدير بالاكبار ، وأن يحصل منه على الرفعة أو أن يبتكر شيئا ما، ويكون ذا طموح ظاهر فى الأداء .. وأن يتغلب على المعوقات ويبقى فى مستوى عالى ، ويتفوق البطل على نفسه وينافس الآخرين ويتفوق عليهم..

٧- الحاجة للجنس N. of Sex

البحث والاستمتاع بمصاحبة الجنس الآخر، الوقوع فى الحب ، الزواج، اقامة علاقة جنسية.

٨- الحاجة للاستعراض N. of Exhibition :

احداث انطباعات خاصة ، أن يكون البطل مسموعا ومرئيا ، أن يثير الآخرين أو يستثير اعجابهم أو يبهرهم أو يبهجهم أو يسليهم و يستميلهم أو يغويهم.

٩- الحاجة للعب N. of Play

العمل بقصد اللهو ودون هدف أبعد، حب الضحك والتنكيت، البحث عن التخفف الممتع من العناء، المشاركة فى الألعاب والرياضات والرقص، وحفلات الشراب ولعب الورق.

١٠- الحاجة للانتماء N. of Affiliation

شعور البطل بأنه فرد من مجموع تربطه بهم مصالح مشتركة تدفعه الى أن يأخذ ويعطى، والى أن يتلمس منهم الحماية والمساعدة ويتخذ الصور التالية:

- الزمالة المترابطة : بأن يكون لدى البطل صديق أو أكثر من الأصدقاء أو مصاحبة الخلطاء ، وأن يكون عضواً فى جماعة متجانسة روحا وطبعا.

- الانتساب الانفعالى والعاطفى : كوجود شخص حنون مخلص للبطل كالأقارب والأحبة، أو يكون للبطل علاقات حب متبادل مع حبيب أو الزواج منه.

١١- الحاجة للنبذ N. of Rejection

أن يعزل البطل نفسه عن الموضوع المشحون سلبيا ، استبعاد أو اهمال أو طرد أو عدم الاكتراث بموضوع خفيض ، صد موضوع أو الاعراض عنه.

١٢- الحاجة لحب الذات N. of Narcism

الاكثار من التفكير فى وجهة نظر الناس عنه أو الانطباع الذى يتركه فيهم، استغراق البطل فى شئونه الخاصة ، أن يبحث عن الاعجاب من الناس والزهو بالذات وبالانجازات الشخصية، التباهى بالمظهر الشخصى والأفكار والخبرات.

١٣- الحاجة الى تلقى العون N. of Succorance

أن يبحث البطل عن المساعدة أو المواساة ، وأن يسأل أو يعتمد على انسان آخر لتشجيعه، الشعور بالوحدة اذا كان فى عزلة ، الشوق الى الوطن فى مكان غريب، طلب المساعدة فى أزمة.

١٤- الحاجة الى العطف على الآخرين N. of Nurturance

التعاطف مع موضوع عاجز وارضاء حاجاته : طفل أو أى شخص ضعيف أو متعب أو غير قادر أو تنقصه الخبرة، أو عاجز أو مهزوم أو محتقر أو وحيد أو مهموم أو مريض أو مضطرب العقل ومساعدة شخص واقع فى خطر، والتغذية والمساعدة والعون والمواساة، والحماية والتيسير والتمريض والابراء.

١٥- الحاجة الى تجنب اللوم N. of Blamavoidance

الابتعاد عن المواقف التى تثير الآخرين ضد البطل أو تأنيبهم له، وعدم الوقوف موقف المذنب.. وتبدو فى الشعور بالقلق ازاء النقد أو اللوم أو الاستنكار والاستهجان من قبل الآخرين، البعد عن المواقف التى تشعره بالخزى ، ووضع اعتبار للآخرين عند اتخاذ قرار معين.

١٦- الحاجة الى تجنب المذلة N. of Infavoidance

الابتعاد عن المواقف المحرجة أو تجنب الظروف التى قد تؤدى الى التصغير أو الازدراء أو السخرية أو عدم المبالاة من جانب الآخرين، الكف عن العمل بسبب الخوف من الفشل.

١٧- الحاجة للدفاعية N. of Defendance

الدفاع عن الذات فى مواجهة الاهانة والنقد والتأنيب ، اخفاء أو تبرير الاساءة أو الفشل أو الذلة ، تدعيم الأنا.

١٨- الحاجة للمضادة N. of Counteraction

السيطرة عل الفشل أو مواجهته بالنضال من جديد ، ازالة آثار الاذلال بالعمل المستمر ، التغلب على الضعف وكبت الخوف ، ازالة أثر الخزى بالعمل ، البحث عن العقبات والصعوبات لتذليلها، الاحتفاظ بالكبرياء واحترام الذات فى مستوى رفيع.

١٩ـ الحاجة الى تجنب الأذىN. of Harmavoidance :

تجنب الألم والأذى الجسمى ، والموت والمرض، الهرب من موقف الخطر، اتخاذ اجراءات وقائية.

٢٠ـ الحاجة للنظامN. of Order

وضع الأشياء فى نظام ، تحقيق النظافة والترتيب والتنظيم والتوازن والدقة والاتقان والاحكام.

٢١ـ الحاجة للفهمN. of Understanding

توجيه البطل أسئلة عامة أو الاجابة عنها، الاهتمام بالنظرية والتأمل، الصياغة والتحليل والتعميم.. وحاجة الفرد الى الكشف عن المجهول وتوضيح الغموض.

٢٢ـ الحاجة للملكية:

وتتمثل فى حاجة المرء الى الاستحواذ على شىء معين وعدم مشاركة الآخرين له فيه أو شراء شيء ما.

٢٣ـ الحاجة الى السلبية واللامبالاهN. of Passiveness

الاستمتاع بالهدوء والاسترخاء والنوم، أو الشعور بالانهاك والكسل، والحاجة للراحة بعد مجهود قليل جدا ، والاحساس بالقصور الذاتى.

٢٤ـ الحاجة للاحساسيةN. of Sentience

البحث والاستمتاع بالانطباعات الحسية والتأمل الذاتى، وابداء الملاحظات وخصوبة الخيال والاهتمام بالآداب والاستمتاع بالجمال الفنى.

٢٥ـ الحاجة للأمنN. of Safty

تحرر البطل من الخوف مهما كانت مصادره ، وشعوره بأنه قادر على اقامة علاقات مشبعة ومتزنة دون مخاوف.

جـ - العوامل الانفعالية والوجدانية : وتتضمن:

١ - الميول العدوانية:

وتتضح فيما يقوم به البطل من أفعال ضد آخرين مثل:

أ- الاستجابات الانفعالية واللفظية : كالكراهية والبغض (سواء تم التعبير عن هذه المشاعر بالكلمات أم لا) ، والغضب ، المقاتلة بالشجار اللفظى ، السب، الانتقاد، الاستصغار وتقليل شأن الغير ، التوبيخ والتأنيب، اللوم ، السخرية ، النقد أمام الآخرين.

ب - العدوان المادى الاجتماعى : بأن يقاتل البطل أو يقتل من أجل الدفاع عن شيء محبوب، والانتقام من أجل اهانة ، والقتال فى سبيل الوطن أو من أجل سبب عزيز، ومعاقبة آخرين على اساءة ، ومطاردة مجرم أو عدو ، أو القبض عليه وسجنه...

جـ - العدوان المادى غير الاجتماعى : كاحتجاز انسان أو ايذائه جسميا أو قتله بطريقة غير مشروعة (محرمة)، والبدء فى القتال بدون سبب مباشر ، والانتقام من ظالم بوحشية مفرطة، والقتال ضد السلطات الشرعية القائمة، والقتال ضد الوطن، والميل الى السادية.

د - التدمير : كالاعتداء ، أو قتل حيوان ، أو تحطيم وتهشيم أو حرق أو تدمير شيء مادى.

٢- الصراعات:

وتتمثل فى حالات الشك والتردد والحيرة أوالارتباك ازاء سلوكيات معينة.. والمقابلة المستمرة بين البواعث والحاجات والرغبات والأهداف، والصراع الخلقى بين أن يفعل وألا يفعل، وشلل التفكير ، كما تعنى عدم التأكد أو فقدان القدرة على اتخاذه قرار، أوالحيرة التعارض المؤقت أو المستمر بين الدوافع والحاجات والرغبات والأهداف، الصراع الخلقى وحالات الكف التى تشل نشاط الفرد.

٣ ـ القلق:

خبرة عنيفة من الخوف والتوجس يدركها البطل كشيء ينبعث من داخله ولايمت بصلة الى موقف تهديد خارجي واقعي.

وتتمثل حالات القلق فى:

أ- الخوف : حالة من زيادة التيقظ والحذر تعد الكائن الحى لبعض التصرفات الخاصة، والتهيؤ الفسيولوجي...

ب ـ القلق الطليق : وينشأ عن زيادة حدة الخوف الذى يشعر به البطل حتى يأخذ الصورة المرضية أو العصابية التى تجعل الوظائف الجسمية والنفسية فى حالة تهيؤ مستمر، وتكون التغيرات الجسمية ملحوظة.

٤ ـ التقلب الوجدانى:

ويشير الى المرور بخبرة تدل على تقلب المشاعر تجاه انسان ما، وأن يكون الفرد ، متضاربا ، أو غير ثابت فى مشاعره ، تقلب الوجدان ، التقلب فى الطبع والمزاج ، وأن يظهر البطل الخيلاء (الزهو) ثم الضيق فى قصة واحدة، وأن يكون متعصبا قليل الاحتمال يبحث عن أناس آخرون واهتمامات أخرى ومهنة أخرى ... كما يتضح التناقض الوجدانى فى الجنسية الثنائية.

٥ ـ قوة الأنا العليا:

ويتمثل فى الاحساس العميق بالذنب نتيجة ارتكاب الأخطاء، والميل الى اللوم اللاذع للذات ونقدها وتأنيبها، واستصغار الذات من أجل عمل خاطىء أو الاتيان بحماقة ، أو الفشل فى شيء ما، أو يعانى الفرد من الذنب والخطيئة والندم.

٦ـ الاكتئاب:

خبرة الشعور بخيبة الأمل ، والوهم ، الحزن ، وعدم السعادة، والمزاج السوداوى ، والانقباض والقنوط، واليأس ، التعاسة.

د الضغوط النفسية والقوى المنبعثة من البيئة:

١ـ الضغوط العدوانية:

ويتضح فيما يقوم به الآخرون من أفعال ضد البطل مثل:

أ ـ الاستجابات الانفعالية واللفظية : مثل كراهية شخص ما للبطل ، أو الغضب منه ، أو ينقده ويؤنبه ، ويستخف به ويستصغره ويسخر منه ويسبه ، ويهدده.. أو وجود شخص يشوه سمعة البطل من ورائه، أو يستخدم الشجار اللفظي.

ب ـ الاعتداء المادى الاجتماعى : حيث يكون البطل مخطئا (كأن يكون معتديا أو مجرما) ، وشخص ما يدافع عن نفسه ويرد الهجوم ، ويلاحق أو يسجن أو يقتل البطل، ومعاقبة السلطة للبطل (فى شكل سلطة الوالدين أو البوليس)

جـ ـ الاعتداء المادى غير الاجتماعى : مثل اجرام أو اغتصاب عصابه ، أو إيذاء البطل أو محاولة قتله، أو وجود شخص يبدأ القتال ، والبطل يدافع عن نفسه.

د ـ تدمير الممتلكات : وجود شخص يدمر أو يحطم ممتلكات البطل.

٢ ـ ضغوط السيطرة:

وتتضمن:

أ ـ الاجبار أو الاكراه : مثل محاولة شخص ما أن يضغط على البطل ليجعله يفعل شيئا ما، وتعرضه للأوامر والتعليمات، أو المجادلات الحادة.

ب ـ التقييد : محاولة شخص أن يمنع البطل من عمل شيء ما، ويقيد حريته، أو يسجنه.

جـ ـ الاغراء : محاولة شخص أن يؤثر على البطل لكي يفعل أو لايفعل شيء ما عن طريق الاقناع المهذب ، والتشجيع والاستراتيجية الماهرة أو الاغراء.

٣ـ ضغط النبذ (الرفض)

كوجود شخص يرفض البطل (ينبذه) ، ويزدريه، أو يسخر منه ، ويتبرأ منه، يرفض مساعدته، ويتركه ، أو الاختلاف مع البطل، وجود أشياء غير مخلصة.. وأن يكون البطل غير مقبول بين العامة، أو غير مقبول فى وظيفة أو موقع معين.. وعندما يقال أو يطرد من وظيفته..

٤ـ ضغط الحرمان :

ويتضمن:

أ ـ النقص (العوز) : مثل نقص البطل لما يحتاجه لكى يعيش أو ينجح، أو ليكون سعيدا .. وأن يكون فقيرا ، أو تكون الأسرة معدمة (معوزة)، أو نقص المكانة، والتأثير، والأصدقاء، وعدم وجود فرص للتقدم (الترقى) أو السعادة.

ب ـ الفقد : حينما فيقد البطل شىء ما ، أو يفقد شخص ما بالموت، أو ضياع شىء محبوب فى سياق القصة.

٥ـ ضغط الأخطار المادية:

وتتضمن:

أ ـ الأخطار المادية النشطة : مثل الاخطار المادية التى ليست من قوى بشرية : كتعرض البطل لحيوان مفترس ، أو تصادم قطار، البرق ، عاصفة فى البحر، أو التعرض لمقذوفات القنابل..

ب ـ فقدان السند : مثل تعرض البطل لخطر السقوط أو الغرق .. انقلاب سيارته، أو تحطم سفينته، أو سقوط الطائرة التى يركبها، أو وقوفه على شفا جرف هار.

جـ ـ الجروح المادية : مثل جرح شخص للبطل (كما فى ضغط العدوان)، أو جرح حيوان له، أو حادثه (كما فى ضغط الخطر المادى)، وتشوه جسمه أو بتر عضو من أعضائه.

٦ـ ضغط نقص التأييد الأسرى.

أ ـ التنافر الحضارى .	ب ـ التنافر الأسرى.
جـ ـ التأديب المتقلب .	د ـ انفصال الوالدين.
هـ ـ غياب أحد الوالدين .	و ـ مرض أحد الوالدين.
ز ـ وفاة أحد الوالدين .	حـ ـ دونية أحد الوالدين.
ط ـ تباين الوالدين .	ك ـ عدم الاستقرار المنزلى.

٧- ضغط الجنس:

أ - العرض.

ب - الاغراء الجنسى المثلى ، الجنسى الغيرى.

جـ - الاتصال الجنسى بين الوالدين.

د - الاطلاع الجنسى : رؤية مشاهد اتصال جنسى.

هـ - عدم القدرة على مصاحبة الجنس الآخر ورفضهم له.

٨ - ضغط الدونية:

أ- بدنيا . ب - اجتماعيا.

جـ - فكريا

٩ - ضغط الاحتجاز والموضوعات الكابحة.

١٠- ضغط الخصومة ، والأقران المتنافسين.

١١- ضغط ولادة أشقاء.

١٢ - ضغط الانتماء والصداقات.

وجود أصدقاء شريرين، أو يدلون البطل على الضرر والفساد أو يوقعون به.

ثانياً: التفسير المتعمق:

وهو التفسير الذى يهتم بالكشف عن الاتجاهات النوعية للمفحوص ازاء مواقف الحياة المختلفة .. فتوحد المفحوص مع البطل يمكن أن يكون تعبيرا عن نفسه "كما هو"، ويمكن أن يكون تعبيرا عن نفسه " كما كان" ، ويمكن أن يكون تعبيرا عن نفسه" كما يود أن يكون"، أو"كما يخشى أن يصير".. وهنا يفضل "مخيمر" هذه الطريقة باللوحة على أن يقوم المفحوص بكتابة ما يراه مناسبا .. وعادة : ما يفضل مخيمر بدء التطبيق باللوحة العاشرة : التى تكشف عن اتجاه الفرد من العاطفية، ثم اللوحة الثالثة عشر التى تكشف عن اتجاهه من الانسالية لينتقل بعد ذلك الى اللوحة الأولى التى تبين اتجاه الفرد من الخصاء، ثم بعد ذلك

اللوحتان السادسة والسابعة للكشف عن الاتجاه الأوديبية بما تنطوى عليه من اتجاه المفحوص ازاء أمه أو ازاء أبيه، وأحيانا تكون البداية بهاتين اللوحتين لاستحالة التفسير الأكيد دون الرجوع اليهما).. وعادة ما تأتى اللوحتان التاسعة والثانية عشر لتكشف عن اتجاه المفحوص من الجنسية المثلية، ويكون على اللوحة الثامنة بعد ذلك أن تكشف عن دور العدوانية عند المفحوص وذلك قبل الانتقال الى اللوحتين الحادية عشر والثامنة عشر لكشف عن الدور الذى يلعبه القلق عند المفحوص.. وأحيانا ما تكون الاستعانة بعد ذلك باللوحتين الثانية عشر (المقابر) والخامسة عشر (المغاير) لتبين ما عليه المفحوص من تفاؤل وتشاؤم .. وتبعا للفردية الفريدة للحالة يمكن اضافة لوحات أخرى كاللوحة الرابعة للغيرة .. وما الى ذلك.

ويقوم التفسير المتعمق للحالات الفردية على المعايير الكلينيكية على النحو التالى:

١ - ان التفسير المتعمق يعتمد على مفاهيم السيكوديناميه:

حيث أن القصة الواحدة التى يقصها المفحوص ، هى بمثابة جزء لايمكن أن تتضح دلالته الا بالرجوع الى الوحدة الكلية للحالة الفردية.. ولذا فانه ينصح بعدم الشروع فى التفسير قبل أن يفرغ الاكلينيكى من قراءة تاريخ الحاية بما تشتمل عليه من وقائع وأحداث الى جانب تفسير لأحلامه وما تشتمل عليه من أحلام نمطية أو مزعجة أو حديثه العهد وهكذا يتضح أن العملية الأساسية فى التفسير تكاد تنحصر فى معيار التكامل ومعيار النقاء الواقائع من معايير المنهج الاكلينيكى - فكل الوقائع ينبغى أن تتكامل فى كل تفسيرى واحد، بحيث لاتبقى واقعة واحدة لاتجد مكانها ضمن هذا الكل التفسيرى.. والوقائع المستمدة من القصص ينبغى أن تلتقى فى دلالتها بدلالة الوقائع المستمدة من تاريخ الحياة.

٢- التفسير المتعمق يهتم فى المقام الأول بالأسلوب الادراكى لاستجابات المفحوص:

فانتقاء الشخص للألفاظ التى يستخدمها فى القصص التى يبتدعها والحبكة تكشف عن خصائص هامة فى شخصيته .. فاستخدام كلمات مثل : "يبدو لى" ، "يخيل لى" ، "ليس من شك"، "من المؤكد أن" ، "بديهى أن هذا"... الخ مما يترجم عن ثقة زائدة بالنفس.. .

وكذلك عند استخدام عبارات احتمالية مختلفة " اما أن يكون كذا . ، "وفى هذه الحالة..." ، ...الخ ففى ذلك ما يكشف عن تردد شديد يترجم من ميل الى التشكك يحملنا ولاشك على افتراض وجود عصاب قهرى.

استجابات حالة لاختبار تفهم الموضوع

- **الحالة** : مريض صرع (انظر تاريخ الحالة)
- **الجنس** : ذكر.

البطاقة (١)

الصورة عبارة عن شاب أمامه مجموعة من الألوان وفرشاة للرسم وأوراق، ولكن هذه الأوراق خالية بيضاء، ويهيأ الى من يراه أن هذا الشخص يبدو أنه فى حيرة من أمره ، فهو لايدرى ماذا يرسم : هل يرسم منظر طبيعى، أو يرسم صورة لمجموعة من الأطفال أو يرسم صورة لاحدى الشخصيات التى يعجب بها وطالما تمنى أن يكون مثلها ويفخر بها، أو يرسم صورة شخصية عزيزة عليه جدا وهو يفكر فيها جيدا حتى تتضح معالم هذه الشخصية بالنسبة اليه، أما أنه كذلك يريد أن يرسم شخصية لايحبها، وهو يفكر فى أن يرسم هذه الشخصية بأبشع صورة يرسمها خياله، أم أنه يتذكر فى موقف معنى حدث له يوما أو منظر حدث أمامه ولم يفارق خياله وهو يتذكره تماما ليصوره أمامه على الأوراق.

التفسير:

تكشف أول استجابة عن نوع من التفكير الحصارى والقلق غير محدد الأسباب حيث تفتح الطريق أمام احتمالات متعددة تهرب بها الحالة وتتجنب أى استجابة واضحة ، فيظهر التشكك ، الى جانب اشارات الى بعض المواقف المحتملة "يرسم شخصية لايحبها بأبشع صورة يرسمها خياله"، أو" موقف أو منظر حدث أمامه ولم يفارق مخليته". مما يشير الى أحداث مضطربة فى حياته لم يكشف عنها على المستوى الشعورى.

البطاقة (٢)

الصورة عن فتاة وهى يبدو أنها فى طريقها الى مدرستها، ولكن يبدو أنها تريد أن تطلب شيئا من والدها ولكنها خائفة من عدم تلبيته لطلبها، فهم كما يبدو فى الصورة فقراء ، والدها يعمل نجار بينما والدتها ربة بيت، وهم يتعبون كثيرا حتى يستطيعون تلبية مطالبها هى واخوتها، ولكن بالرغم من ذلك فهى مترددة من طلبها هذا فهى تعرف كم يشقى والدها ليوفر لها ما تريد وهو لايعترض على شئ، ولكنها تعرف حالته جيدا، والأم كما يبدو تعرف ما تفكر فيه ابنتها ولكن ليس بيدها شئ تساعدها به فهى لاتعمل ولاتملك مال، ومهمتها هى رعاية اخوتها الصغار والقيام بأعمال المنزل، فلذلك تبدو الفتاة فى حيرة من أمرها، فهى بين أمرين اما أن تطلب من والدها وهى تعرف حالته واما أن تصمت وتظهر بين زميلاتها بأن حالتها أقل منهن.

التفسير:

عودة الى التردد والحيرة والصراع وعدم الحسم، ورغم ذلك فقد صاحب الاستجابة تعقيل مسرف : " انها تعرف حالته" ومثل هذه الحالة تميز العصابيين القهريين.. كما تكشف الاستجابة عن الشعور بالدونية "تظهر بين زميلاتها بأن حالتها أقل منهن"، الى جانب الاشارة الى فقر الأسرة ، وعدم امتلاك الأم المال. والفقر المادى فى الاستجابة دليل على الفقر العاطفى، والاشارة الى سلبية الأم وعدم قدرتها على المساعدة .. كذلك فقد تعين المفحوص ذاتيا بالفتاة وعادة : فان التعيين الذاتى بالأنثى يعكس الاحساس بالسلبية والميول الاستجناسية الكامنة.

البطاقة (٣) ص ر:

بينما الجميع فى نوم عميق والمكان يخيم عليه الهدوء ، فجأة اشتعلت النيران فى منزل عم حمزة الرجل الطيب الذى يعيش بمفرده، والتهمت النيران كل المنزل، فقد شاء القدر أن يحدث له هذا الحدث، ولكن الجيران هبو فى همة ونشاط فى محاولة لاطفاء النار التى قضت على كل المنزل، ولكن عم حمزة كان مؤمن بالله

وبقدره ، ولم يظهر حزنه بل صبر وفوض أمره الى الله، وهو الآن جالس يفكر فيما وصل اليه حاله.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن قلق وخوف من المجهول فى صورة نكبة أو كارثة تحدث لبطل القصة، وعدم القدرة على فعالية مشاعر الوحدة .. وقد أظهر المفحوص البطل (الذى توحد به) أكبر من عمره فى البطاقة مما يشير الى التناقض الوجدانى بشأن صور الراشدين، أو لكبت الاحساس بالكارثة لمن فى مثل سنه، وهذا يكشف عن مدى التحريف الادراكى للبطاقة ، ويحاول المفحوص من ناحية ثانية اعلاء مشاعر الحزن واليأس على الأحداث غير السارة بالصبر وتفويض الأمر لله ، مع كبت العدوان بعدم رؤية المسدس الموجود بجانب البطل الذى يظهر فى البطاقة.

البطاقة (٤):

فى هذه الصورة توسل ورجاء ، فهى تطلب من زوجها ألا يخرج وهو غاضب وفى هذه الحالة . لقد دخل الشيطان بينهم وعكر صفو حياتهم السعيدة الهانئة، ولقد كانوا يحبان بعضهم البعض حبا شديدا ، فهو كان لها كل شئ ، ولكن حدث فى هذا اليوم حدث ترك أثرا كبيرا فى نفس الزوج مما دعاه للخروج والابتعاد قدر الامكان لكى لايتطور الأمر ويحصل مالا يحمد عقباه، فهو رجل حكيم، ولكنها اعترفت بخطئها وتتوسل اليه ألا يخرج.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن كبت المثيرات الجنسية: حيث تجاهل صورة المرأة شبه العارية فى مؤخرة الصورة، وقام المفحوص بتحويل المثير إلى موقف خلاف بين رجل وزوجته، ولعل صورة العلاقة بين الزوجين انعكاس للعلاقة بين الأب والأم (حيث أن الأم كثيرة الخلاف مع الأب)، وتظهر ساديتها فى مقابل مازوشية الأب، وتوضح كيفية سياسة الأب للمشكلات الأسرية بحكمة.. فالتوحد هنا

بمازوشية الأب. ويوجد تكامل للصورة المستدخلة للأب ، ويوضح نموذجا لكيفية معالجة الأم للمشكلات الأسرية باستخدام ميكانيزم الاستعطاف للابقاء على العلاقة الزوجية.

البطاقة (٦) ص ر:

هذا مشهد شاب وأمه .. والحقيقة أمه وأبوه كانوا يربونه على التدليل ويجيبون له كل مطالبة وهو صغير، وهم اللى بيشتروا له كل حاجاته ولايعطونه الفرصة ليعتمد على نفسه، وهو الآن فى بداية الرشد، وبدأ يعمل فى شركة لكنه لايعرف كيف يتعامل مع الناس ، ودائما يخاف منهم ، وهو يخشى أن يفشل فى عمله، وهو الآن واقف حزين وقلق لأنه عايش فى أزمة وورطة شديدة ويقول لأمه كيف أحل هذه المشكلة ، وأمه هاتساعده وتفكر له فى مخرج، لكن من داخله هو ناقم على أمه وعلى أبيه لأنهم جعلوا منه شخصية ضعيفة.

التفسير:

مجمل الاستجابة هو اسقاط حاله على الصورة المثير .. فقد أشار فى سياق المقابلة الى نقد الطريقة التى تربى عليها والتى جعلته لايستطيع الاستقلال بنفسه، ويتأكد بشكل يقينى على مستوى التقاء الوقائع الدونية العصابية فى صورة فوبيا المواقف الاجتماعية والعلاقات مع الناس مع انتفاء الموقف الأوديبى، والتحول المرضى فى شخصيته من الطاعة الفربياتية الى الضعف العصابى والدونية وتبرير سلوكه وارجاعه الى الظروف الخارجية وطريقة تربيته، مع عدوانية كامنة موجهة نحو الصور الوالدية.

البطاقة (٨) ص ر:

هذا الشخص الملقى على الأرض مريض منذ زمن طويل بمرض مزمن وعنده عملية جراحية ويقوم فريق من الأطباء بعمل هذه العملية له.. وأخوه واقف من بعيد يراقب الموقف خوفا على أخيه من الموت.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن توهم المرض كميكانيزم لاستجداء عطف الآخرين والأنا العليا، مع اتضاح العجز والدونية التى تحولت الى جنسية مثلية سالبة، وتوضح أسلوب التربية الذى تربى عليه (حيث يوجد مرافق معه من اخوته دائما خوفا عليه من حدوث نوبة الصرع) ، الى جانب ذلك : فان هناك كبتا شديدا للعدوانية ، جعلها موجهة اليه فى صورة متسامية.

البطاقة (١٠)

فى هذه الصورة نرى حبيبين فى حالة انسجام تام ولحظات حب متبادل، هما يتمنيان أن يكلل الله حبهما بالنجاح ويجمعهما معا، ويتواعدان على أن يبذل كل منهما ما فى وسعه لاسعاد الآخر، فهما رمز للحب الصادق والوفاء والاحترام، فهو يحبها ويحترمها ويقدرها ويعدها بحياة هانئة سعيدة ، وهى بالمثل تحبه بصدق وترى فيه الأمل.. وتمر الأيام وتأتى اليه شاكية باكية، وهى تبكى بحرقة وألم، والدها يريد أن يزوجها لأحد كبار التجار ذوى الأملاك ، فيعرف حبيبها هذا الخبر ويتحطم قلب كل منهما، وهو الآن يشعر بالتعاسة، فهو مازال لايستطيع أن يخطبها، ولكن لن يوافق والدها، والموقف الآن بصور لحظة الوداع ويقول لها هذا هو قدرنا، وهم يبدون منهارين لايرون بيدهم شئ غير البكاء بألم وحرقة لأن كل منهما سوف يفارق حبيبه ويتزوج شخص آخر لايعرفه ولايميل اليه.

التفسير:

تكشف الاستجابة عن تناقض وجدانى واضح، ففى شطر منها يظهر الاتجاه الرومانسى فى العلاقة العاطفية بالجنس الآخر على سبيل المثال وصناعة منولوجا مع موضوعات ليست لها أية صفة فى الواقع.. وكعادته يلجأ المفحوص الى الخيال لحل المشكلات، وتبرير فشله مع مشاعر الدونية، ليكشف هنا الى جانب ذلك عن الدونية الاجتماعية التى تحرمه ممن أحبها ويتحطم قلبه وقلبها وذلك فى الشطر الثانى من الاستجابة .. وفى ذلك ما يوضح انفصال الشق الشهوى عن الشق

العاطفى فى العلاقة بالجنس الآخر فهو يستطيع أن يحب ولكنه يشعر بالخصاء وعدم القدرة على اتمام الحب ليكون الزواج. (ولعل ذلك ما عبر عنه المفحوص شعوريا خلال المقابلة من أنه ربما لايستطيع الزواج بسبب حالة الصرع لديه).

البطاقة (١٢) ر:

أعتقد أن هذا طفل مريض بالنوبة وهذا أبوه يعمل له اللازم يفك له قميصه ويخلع له حزامه وحذائه، وهو واقف فى حالة ارتباك وحيرة منتظر حتى تمر النوبة بسلام.. وهى عندما ينتبه ويفيق من النوبة يشعر بأنه يتعب الأب كثيرا، ولكنه يشعر بالحزن واليأس من الحياة بسبب المتاعب التى سببها لأسرته.

التفسير:

يسقط المفحوص حالته على الاستجابة ، فقد توحد ببطل القصة المصاب بنوبة الصرع مثله، حيث جعله طفلا تارة، وتحدث بضمير المؤنث تارة أخرى (وهى عندما ينتبه...) مما يشير الى اضطراب التوحد وتشويه المدركات كأعراض فصامية.. الى جانب ذلك تكشف الاستجابة عن أعراض اكتئابية، وتعلق مثلى بالأب فى غياب صورة الأم تماما.

البطاقة (١٣) ر ن:

فى البداية رفض الاستجابة للبطاقة قائلا : هذه صورة مشينة يجب ألا نتكلم عنها.. (ومع الحاح الباحث لوصف ما فيها) قال بعد فترة صمت:

...نعم .. انه يشعر بالندم لأنه ارتكب حقا جريمة بشعة، وهو يعلم حقا أنها جريمة وفعل نهانا منه ديننا الحنيف الا بالشرع، ولكن الشيطان لعب بهم معا ودفعهم لارتكاب الفحشاء ولم يفكروا ولو لمرة واحدة ما يترتب على هذه الجريمة، وهو الآن يشعر بالذنب وبحجم الجريمة التى ارتكبها بمحض اراداته ، فهنا يظهر الأسى والندم على فعلته.

التفسير:

يكشف الرفض عن الكفوف الشديدة ازاء الجنسية الغيرية والجوانب الشهوية، كما تكشف عن قيود الأنا العليا الصارمة التى تعاقب على رغبات الهو فى مقابل

ضعف الأنا.. ويبدو القلق واضحا فى الاستجابة، وكذا مشاعر الذنب والأسى والاكتئاب من جراء السلوك الممقوت المنهى عنه شرعا، والانسياق وراء غواية الشيطان.. وعلى الرغم من أن المفحوص لم يشر الى الطرف الآخر فى العلاقة، الا أنه يصب غضبه على شخصية البطل وحده.

البطاقة (١٨) ص ر:

شاب هارب من العدالة ربما يكون قد سرق، أو اغتصب شئ ليس ملكه، وربما يكون قد زنا أو قتل والبوليس قبض عليه وسوف يحكم عليه ويلقى جزاءه.

التفسير:

تبدأ الاستجابة بافتراض احتمالات متعددة (كعرض للعصاب القهرى)، وتعبر عن رغبة الحالة فى الهروب من واقع مؤلم أو قاسى ناجم عن شدة رغبات الهو وضعف الأنا، وتقاعس الأنا العليا، وعدم القدرة على مواجهة العالم الخارجى مما يجعل المفحوص يشعر بالاضطراب والارتباك.. ولعل قسوة الأنا العليا قد ظهر فى صورة العدالة والقبض على البطل من أجل العقاب، ومن المتوقع أن يكون هناك رغبة داخلية فى عقاب الذات على فعل غير مرغوب أو غير مقبول اجتماعيا.

تحليل عام لشخصية الحالة من خلال اختبار تفهم الموضوع:

يعانى المفحوص من اضطراب نفسى حاد يتضح فى ائتلاف الاحساس بالدونية والقصور وعدم الثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين، ويشعر بالقلق والأعراض الاكتئابية والعصابية القهرية التى تتسم بالتشكك والتردد الى جانب التعقل المسرف.. وتتسم مشاعره نحو الوالدين بالثنائية الوجدانية ، فمرة يرى النماذج الوالدية مساعدة - ومع ذلك فانه يعود ويرى صورة الأب متسمة بالمازوشية مع تعلق مثلى بها ليفسر بذلك على المستوى اللاشعورى ضعفه وقصوره، والى جانب ذلك يرى صورة الأم سادية.. وفى جميع الحالات : فهو ناقم على أبيه وأمه بسبب أسلوب تربيته على التدليل الذى خلق منه شخصية ضعيفة.. كما تكشف

استجاباته أيضا : عن كبت للمثيرات العدوانية، والجنسية الغيرية مشوب بالاحساس بالذنب والندم، وتظهر من بين حين وآخر علامات على الجنسية المثلية الكامنة الأمر الذى ينعكس تعلقه بالأب تارة وبأبطال اناث تارة أخرى.

ويظهر ذلك من خلال:

١ ـ سيطرة الأسى على النغمات الأساسية للقصص.

٢ ـ تحريف معظم الاستجابات عن موضوع البطاقات الأساسى.

٣ ـ عدم وجود موضوعات واقعية تحقق الأمن النفسى.

٤ ـ يسود الانسحاب والتجنب والاستجابات الهروبية والتردد والتشكك كدفاعات مميزة لمعظم الاستجابات.

٥ ـ غياب جميع صور التعبير الجنسى فى معظم الاستجابات.

وبصفة خاصة:

- تظهر أعراض ضعف الشخصية والاحساس بالدونية والقصور وعدم الثقة بالنفس فى (٦ص ر) ، (٨ص ر)، (١٠).

- كما تظهر الأعراض العصابية القهرية فى صورة التردد والتشكك والحيرة والصراع وعدم الحسم فى (١)، (٢)، (١٨ ص ر) ، ويظهر التعقل الشديد فى (٢) " البنت تعرف حالته"، وفى (٣ص ر) " الرجل مؤمن بالله وبقدره، ولم يظهر حزنه بل صبر وفوض أمره لله"، وفى (٤) "خرج لكى لايتطور الأمر ويحصل مالاتحمدعقباه فهو رجل حكيم، وهى اعترفت بخطئها."

- وتظهر أعراض القلق فى (١) "لايدرى ماذا يرسم"، وفى (٢) " خائفة من عدم تلبية مطلبها، هم فقراء يتعبون ويشقون"، وفى (٣ص ر) : فجأة اشتعلت النيران "، (٦ص ر) : " الخوف من الفشل. "

وتظهر الأعراض الاكتئابية : فى صورة الحزن واليأس والقنوط وفقدان الأمل فى معظم القصص خاصة : (٢) ، (٣ص ر)، وفى (١٠) " يتحطم

قلب كل منهما، يشعر بالتعاسة، "لايرون بيدهم شئ غير البكاء بألم وحرقـة"، كما يشوب هذه الاكتئابية النظرة التشاؤمية القاتمة : ففى (٣ص ر) " التهمـت النيران كل شئ فى المنزل"، وفى (٤) " عكر الشيطان صفو حياتهم السـعيدة الهانئة، وضياع الأمل فى الزواج (١٠)

- ويظهر الصراع ازاء الصورة الوالدية فـى (٢)، (٤)، (٦ص ر) ، (١٢ر).. وتظهر النار فى (٣ص ر) وهـى مـن الموضوعـات التـى توحـى بمشـكلات خاصة بالتبول ويبدو التعلق بالصورة الأنثوية فى (٢)، ويبدو الكبت الجنسـى فى (٤)، (١٠)، والرعب المرضـى مـن الأنـا العليـا ازاء الرغبـات الجنسـية الغيرية فى (١٣رن) حتى اذا ما انتظم الأمر على هذا النحـو كـانت الجنسـية المثليـة الكامنـة هـى الميدان المنحـرف لتحقيـق الرغبـة كمـا فـى (٨ص ر)، (٢١ر) ، أما كبت العدوان فيظهر فـى (٣ص ر)، (٨ص ر) .. وفـى جميـع الحالات يلجـأ المفحـوص الـى عمـل مونولـوج داخلـى لحـل المشـكلات، مـع الفشل فى الوصـول الـى حلـول واقعيـة للمشـكلات المثـارة وعـزو فشـله الـى الآخرين كما فى (٢)، (٦ ص ر)، (١٠)، أو الى الكوارث الطبيعيـة فيسـتند الى القدرية فى مواجهة الاحباطات كما فى (٣ص ر)

٤ ـ اختبار الرورشاخ

شهد العالم ظهور ما يعرف الآن باختبار الرورشاخ أو تكنيك الرورشاخ بنشر كتاب التشخيص النفسى Psychodiagnostik الذى الفه هرمان روشاخ وكتبه بالامانية.

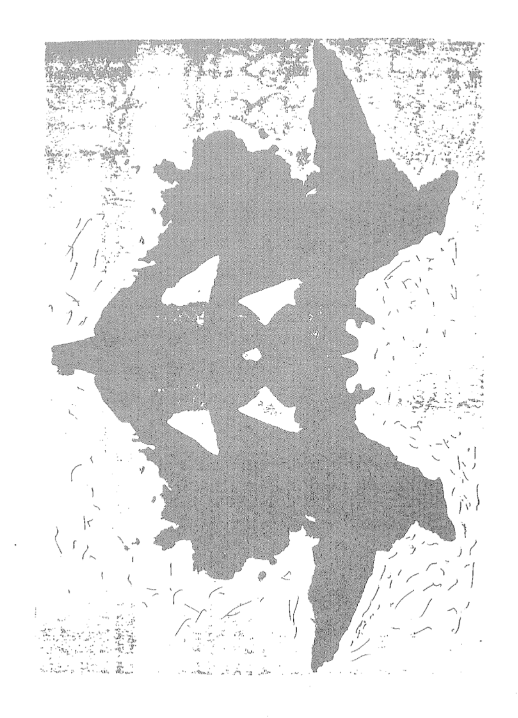
وروشاخ طبيب سويسرى من أطباء الأمراض العقلية ولد فى زيورخ ١٨٨٤ ودرس فى كل من سويسرا وألمانيا وكان طبيبا ناجحا وذكيا ومتميزا فى مجال التجارب والبحوث . وقد حاول رورشاخ من خلال تجاربه الكثيرة فى المستشفى الاستفادة من أسلوب بقع الحبر فى دراسة الشخصية وكان يحصل على الأشكال بأن يسقط بقع كبيرة من الحبر على ورقة بيضاء ثم يطبق الورقة فينتشر الحبر بصورة سميترية فى نصف الصفحة ونتيجة للملاحظات التجريبية تم اختيار الأشكال المستعملة من أن تتحقق فيها شروط معينة : مثل البساطة النسبية اذ يؤدى الشكل المعقد الى صعوبة احصاء العوامل الموجودة فى التجربة ومن ثم صعوبة تصحيحها وتفسيرها ، كما يجب أن يخضع بقع الحبر لنوع من التكوين حتى لايرفضها المفحوص على أنها مجرد بقعة حبر، يضاف الى ذلك أنه يجب أن يكون جانبا البقعة متشابهين دون أن تفقد صفة الاستثاره حتى تكون الصورة واحدة بالنسبة للأيمنيين والأيسريين . وأشار رورشاخ الى أن صفة السيمترية قادرة على تحفيز الممتنعين على الاستجابة.. كما اتضح أيضا أن هذه الصفة لاتمنع الاستجابة للشكل كوحدة بل تساعده فى ذلك.

وكان لابد بالاضافة الى هذه الشروط العامة من توافر شروط خاصة فى كل شكل ، ومن تجريب كل منها وتجريب كل منها وتجريب المجموعة كاملة قبل استخدامها كمواد للاختبار.

وقد قام رورشاخ بعدة تجارب على الأشكال المختارة وتم تقنين الاختبار على عينة من "٤٠٥" شخصا من الذكور والاناث منهم مجموعة من الاصحاء وأخرى من المرضى النفسين.

ورغم أن تجربة رورشاخ كانت تهدف أولا الى دراسة الادراك بعملياته الثلاث: الاحساس ، والذاكرة ، والترابط ، الا أنه توصل الى أن الاختبار يمكن أن يفرق بين العاديين والمرضى وبذلك يمكن أن يستخدم كاختبار تشخيص، الا أنه حذر من التوصل الى تشخيص نهائى اعتماداً على نتائج الاختبار وحدها (RORSCHACH 1942).

احدى بطاقات اختبار الروشاخ



أهمية اختبار الرورشاخ:

من المسلمات الأساسية التى يقوم عليها تكنيك الرورشاخ وجود علاقة بين الادراك والشخصية ، ذلك أن الطريقة التى ينظم بها الشخص بقع الحبر فى مخيلته تعكس الخصائص الأساسية لوظائفه السيكولوجية ، وبالتالى فان الاكلينيكى يتمكن بتحليله لاستجابات شخص ما لبقع البحر من معرفة امكانات المفحوص ودوافعه وطريقة معالجته للمشاكل (كلوبفر ١٩٦٢).

وترى لوسلى اوسترى Loosti Ustri ١٩٣٢ أن الاختبار يعكس ديناميات التكوين النفسى اذ يبين خصائص الشخصية وميكانيزماتها الذهنية والوجدانية.

وأن الاختبار يستطيع بدرجة أفضل من أى اداة أخرى الاحاطة بالخصائص الكلية للشخصية.

وكما اتضح من قبل أن رورشاخ قد توصل من خلال التجارب الكثيرة التى قام بها الى أن للاختبار قيمته التشخيصية اذ أنه يفرق بين الأسوياء وبين المرضى.

وقد أيدت الدراسات الحديثة صدق ما توصل اليه رورشاخ فقد استخدم الاختبار بصورة واسعة فى مجال التشخيص الاكلينكى، وهناك الكثير من الدراسات الحديثة فى هذا المجال، والتى يحسن القاء الضوء على بعض منها ، ففى دراسة بواسطة الرورشاخ على مرضى اصابات الدماغ أثبتت النتائج أن الاختبار يمكن أن يفرق بين اصابات الدماغ المختلفة وان الاختلاف فى الاستجابات يكون تبعا لموضع وحجم الاصابة ، فمثلا أظهرت مجموعتى الاصابة الأمامية Frontal والصدغية Temporal ميلا لاختلالات الشخصية أكثر من مجموعة الاصابات الخلفية Dcciptal ١٩٨٢ ناكامورا Nakamura

وفى دراسة على نوعين من مرضى الصرع : الأولى الشاملPrimary Generalized Epilepsy، وصرع الفص الصدغى " Temporal Lobe epilepsy

أمكن معرفة الخصائص النفسية لكل مجموعة على ضوء استجاباتهم لاختبار الرورشاخ. (Kawai & Aoki 1983)

وفى دراسة أخرى ثبت أن استجابات بعينها مثل الاستجابات اللالونية وردت بدرجة ذات دلالة لدى الاكتئابيين مما دعم الملاحظات الاكلينيكية السابقة ، بأن الاستجابات اللالونيه تفق بين المصابين بالاكتئاب وغير المصابين به.

وقد وجد سيجال ارتباطا عاليا بين استجابات رورشاخ ذات المحتوى العدوانى وبين القلق والعصابية (Singh & Sehgal 1979)

كما وجد فى دراسة أخرى أن هناك مميزات محددة متعلقة بالنمو والتكوين المعرفى فى انتاج استجابات انسانية Human Responses ، وترتبط هذه المميزات بنوع ودرجة المرض النفسى (Lerner & Peter 1984).

وفى دراسة بواسطة الروشاخ على مرضى سيكوسوماتين Psychosomatic مع مجموعة من المرضى العقليين أظهرت المجموعة المصابة بأعراض نفسجسمية استجابات تشريحية أكثر من المجموعة الأخرى وأن تلك الاستجابات ترتبط بالديناميات النفسية التى تشكل أساس الأمراض النفسجسمية (Wagner & Wiliams 1975) . وفى دراسة أخرى وجد توجنازو وآخرون أنه من الممكن أن يساعد تحليل الاستجابات على الروشاخ خاصة البطاقة الثالثة والرابعة فى تشخيص الجنسية المثلية (Tognazzo & Bartella 1981).

ولا تقتصر قيمة روشاخ على التشخيص فقط. إذ أن له قيمته فى العلاج أيضاً من حيث **التنبؤ باحتمال نجاح العلاج وتقييم درجة النجاح.**

ففى دراسة أجريت لقياس فعالية الروشاخ للتنبؤ بمدى التحسن فى العلاج على مجموعة من البالغين المصابين بالتهتهة ـ أثبتت النتائج أن هناك استجابات محددة مثل انتاج استجابات حركية Mocement Responese تعد مؤشراً لمدى

التحسن فى العلاج مدعمة بذلك دراسات سابقة فى هذا المجال . (Sheehan & Tanaka 1983).

وفى بحث آخر درس "سمول وآخرون" ، الزيادة فى الوزن لمجموعة مصابه بفقد الشهية العصابى Anrexia Nervosa بواسطة اختبار وكسلر واختبار الروشاخ ودلت النتائج أن المقدرة على الاستجابة لتلك المقاييس والتركيز فيها بصورة معرفية يدل على حالة التحسن لهؤلاء المرضى (Small et 1983).

وفى دراسة لتقييم العلاج النفسى الجمعى بواسطة اختبار الروشاخ أثبتت النتائج أن الروشاخ وسيلة قيمة لتقييم فعالية العلاج، اذ وجدت تغيرات ايجابية فى مستوى الأداء بعد العلاج واتفقت النتائج مع الملاحظات الاكلينيكية للمعالج النفسى (Sherr & Tachman 1971).

وبالإضافة إلى ذلك فان الروشاخ يمكن أن **يستخدم كأداة لقياس الذكاء.** وهناك العديد من الدراسات فى مجال قياس الذكاء والابتكار بواسطة الروشاخ منها دراسات غنيم (١٩٥٥) و أبو عوف (١٩٧٥) ومنهاس Minhas (١٩٨١).

كما انفتحت بالروشاخ آفاقا كثيرة للبحوث، إذ أثرى الروشاخ الدراسات التى تتناول **المظاهر الارتقائيا للادراك** وأسهم أيضا فى **فهم الشخصيات المنحرفة** كالأحداث الجانحين ومدمنى الخمر، واستغل حديثا فى **التوجه المهنى وعيادات توجيه الأطفال** (جلال وآخرون ١٩٦٥).

واستخدم فى دراسة العلاقات المتبادلة بين الثقافة والشخصية على مجتمعات مختلفة منها دراسة على المجتمع الفنلندى (Mattler, Lahela) وعلى المجتمع الريفى الزائيرى(Meernehout et Makenndi 1980) وعلى المجتمع المصرى (غنيم وبراده ١٩٧٥).

ويبدو حاليا أن نتائج الروشاخ قد تسهم فى تطوير نظريات الشخصية بالقدر الذى تسهم نظريات الشخصية فى تطوير فروض الروشاخ (جلال وآخرون ١٩٦٥).

الدلالات المتعلقة بجوانب الاختيار:

هنالك جوانب أربعة يتم عـى أساسها تقدير الاستجابة وهـى: المكان Location، والمحددات Determinants والمحتوى Content والشيوع والابتكار Popular & Original.

ويرد هنا ذكر بشئ من التفصيل مع توضيح بعض الفروض المتعلقة بدلالة فئات التقدير المختلفة والتى أثبتتها دراسات روشاخ الأولى عام ١٩٢١، ودراسات علماء الروشاخ الذين جاءوا من بعده مثل " بيك "، " كلوبفر" و " بتروفكس".

ومع ذلك تبقى تلك الدلالة مجرد فروض يثبت خبير الروشاخ صحتها أوخطأها على ضوء الحالة المحددة.

أولاً: التحديد المكانى Location

فالاستجابة اما أن تشمل البطاقة كلها أو جزء منها، وهذا الجزء أما صغيرا أو كبيرا، وقد تحتوى فراغات بيضاء.

أ - الاستجابات الكلية (Whole Responses)

وتقدر على أنها كلية (ك) اذا شملت كل أجزاء الشكل أو اذا استبعدت منها أجزاء صغيرة جدا، وتوجد أنواع من الاستجابات الكلية فهناك كليات بسيطة وسريعة لا تحتاج إلى جهد كبير مثل الاستجابة (خفاش) للبطاقة الخامسة.

وهناك الكليات التركيبية التى تحتاج لنشاط عقلى أكبر اذ تعتمد على تحليل الشكل إلى أجزائه ثم تركيبه فى كل واحد ذو معنى كما أن هناك الاستجابات الكلية التجميعية التى يكون فيها المفحوص مدركا لكل جزء ثم يقوم بتجميع كل الاجزاء مكونا منها مدركا كليا له معنى.

ومن البديهى أن يدل تكرار النوعين الأخيرين من الاستجابات الكلية على ذكاء أكثر ودافعية أكثر من غيرهما.

وهناك استجابات كلية يرمز لها بالرمز (ح ك) و (ج ك) (Confabulatory Wholes) أى أن جزء من الشكل كبيرا كان أم صغيرا هو الذى استجاب له المفحوص فيفسر الشكل كله على أساس رؤيته لهذا الجزء مع اغفال الأجزاء الأخرى، وقد فسرها روشاخ على أنها تدل على القصور المعرفى أو الاختلال فى الادراك نتيجة للفصام أو أمراض المخ العضوية.

كما أن هناك كليات عادة ما تظهر فى استجابات المرضى (Contaminatied Wholes) يخلط فيها المفحوص مدركين ليس بينهما صلة أو رابطة فى مدرك واحد.

وقد تتضمن الاستجابة الكلية الاشارة إلى المساحة البيضاء فتقدر الاستجابة (ك ف).

وعند التقدير الكمى تحسب هذه الأنواع المختلفة على أنها كليات لكنها تختلف بالطبع عند القيام بعملية التحليل والتفسير.

وترتبط تقديرات المكان بوجه عام بالطريقة التى يعالج بها المفحوص عادة أى مادة من المواد ما اذا كانت طريقته استقرائية أم استدلالية فيها تعميم أم تدقيق (سعد جلال وآخرون ١٩٦٥).

ويعكس انتاج استجابات كلية القدرة على تنظيم المادة والربط بين التفاصيل والاهتمام بالمجرد والنظرى.

وقد اعتبر رورشاخ الكليات أحد المكونات التى تحدد القدرة العقلية للفرد، فهى دليل قدرة الفرد على التعميم والتجريد والتنظيم وادراك العلاقات (غنيم وبراده ١٩٧٥).

وتبعا لرورشاخ فان نسبة الاستجابات الكلية للشخص العادى متوسط الذكاء تقدر بين ٢٥٪ ـ ٣٠٪، وقد لاحظ رورشاخ أن حالات المزاج المنبسط يزيد لديهم عدد الكليات وتقل عند حالات الاكتئاب.. وتوصل جردهام Guirdham (١٩٣٦)

لنفس النتيجة، كما تقل الكليات عند حالات القلق Eichler (١٩٥٢).. ووجد فردمان Friedman (١٩٥٢) أن البالغين الأسوياء يعطون عددا من الاستجابات الكلية أكثر من الفصاميين والأطفال. وتوصل فرانك Frank (١٩٥٢) لنفس النتيجة عند مقارنة الأسوياء والعصابيين.

كما سجل "بلات" و "إلسن" رابطة ذات دلالة بين انتاج كليات جيدة الشكل والقدرة على حل المشكلات.

ب ـ الاستجابات الجزئية الكبيرة (ج) Common details هى المساحات التى ينقسم عندها الشكل إلى أجزاء واضحة، ويرى رورشاخ أن الاجزاء الكبيرة هى تلك الأجزاء التى تكون أكثر لفتا للنظر كما يتواتر ظهورها بكثرة.

وافترض رورشاخ أن استجابة الجزئيات الكبيرة تعد مقياسا للذكاء العملى وتعكس القدرة على التفاعل مع مفردات البيئة.

كما أكد كل من "بيك ١٩٤٥" و "كلوبفر ١٩٥٤" أنه كلما زاد الاهتمام بالجزئيات يتوقع أن يكون الفرد عمليا ويميل إلى الدقة.

وقد وجدت "آامز Ames" أن (ج) تزداد تدريجيا بزيادة عمر الطفل.

وعادة تكون نسبة الجزئيات الكبيرة فى التقرير العادى بين ٦٠ ـ ٧٠٪.

وأحيانا تقل النسبة لأسباب انفعالية أكثر من أنها أسباب معرفية.

أما أن كانت النسبة أقل من ٤٠٪ فهذا يشير إلى اغفال الفرد للنواحى المحسوسة لدرجة يصعب معها التكيف مع البيئة (غنيم وبرادة ١٩٧٥).

وفى دراسة لاستجابات مرضى الفصام قبل وبعد العلاج زادت نسبة الجزئيات الكبيرة من ٤٠٪ قبل العلاج إلى ٧٣٪ بعد العلاج Exner & Murillow 1973)

جـ ـ الأجزاء الدقيقة أو غير العادية Unusual details

وهى تلك الأجزاء التى تبقى بعد الاحصاء العام للأجزاء الكبيرة، فما ليس بكلى ولا بجزء عادى يكون جزء دقيقا بما فى ذلك الاستجابة للمساحات البيضاء فى البقعة.

ولا تزيد مثل هذه الاستجابات عن ١٠٪ من مجموع الاستجابات وترتبط النسبة التى تزيد عن ذلك بالحذلقة والحاجة إلى الدقة والصواب.

وعادة ما يعطى مرضى الفصام والاصابات العضوية للمخ عددا كبيرا من الجزئيات الدقيقة وذلك لافتقارهم للتنظيم العقلى والتراكيب الذهنية.

أما التفاصيل الدقيقة جدا والنادرة فوجودها يكون دليلا على سمات عصابية كما فى حالة الوساوس القهرية.

كما تدل استجابات الفراغ على ادراك التفاصيل غير العادية، وقد يدل على الاستجابة الثرية للبيئة. ومع أن رورشاخ ذهب إلى أن أكثر من استجابة فراغ واحدة أمر يدعو للشك، إلا أن كثيراً من الباحثين وجدوا إلى أن أكثر من استجابة فراغ واحدة أمر يدعو للشك، ألا أن كثيراً من الباحثين وجدوا أن استجابتين أو ثلاث من استجابات الفراغ ربما دل على مرونة الشخص ومحاولته استغلال مكل المداخل الممكنة للاستجابة (Exner 1974).

وفى حالة قلب الشكل والأرضية، أى الاستجابة للفراغ الأبيض باعتباره الشكل وبقعة الحبر الأرضية فغالبا ما يكون ذلك مرتبطا بنوع من المعارضة العقلية أو بعض الاتجاهات السلبية.

ثانيا: المحددات Determinants

هى البعد الثانى الذى يتم على أساسه تقدير الاستجابات وقد ذكر رورشاخ الشكل Form، والحركة Movement، واللون Color، كمحددات للاستجابة.

ثم أضيفت الظلال كمحدد رابع يتم على أساه تقدير الاستجابة.

أ - الشكل Form

ويعنى أن شكل البقعة أو المحيط الخارجى لها هو المثير الأساسى للاستجابة.. وعادة ما تبدأ الاستجابة للشكل بقول المفحوص: "هذه تشبه.. أو هذه

مثل.." وقد اعتقد رورشاخ أن استجابات الشكل تعكس مقدرة الفرد على تناول الأشياء بصورة واقعية.

وقد ميز (رورشاخ) بين الشكل الجيد الذى يعكس مدى مطابقة الاستجابة للبقعة، ويرمز له بالرمز (ش+). والشكل غير الجيد ويرمز له بالرمز (ش-).

واستجابات الشكل الجيد هى الاستجابات التى تتحدد بشكل البقعة ويتواتر حدوثها بكثرة فى مجموعة كبيرة من الأشخاص تكون سوية من الناحية العقلية.

كما أن هناك وسائل أخرى لمعرفة الشكل الجديد وهى مشاركة الفاحص المفحوص نفس الاستجابة أو أن يتفق ثلاث من الحكام على قبولها. وترتبط نسبة الشكل الجيد بدرجة الذكاء وكذلك النواحى الانفعالية فقد وجد بيك Beck (١٩٣٠) ارتباطا عاليا بين انخفاض نسبة الشكل الجيد ش+٪ والذكاء المحدود واعتبر نسبة ش+ أقل من ٦٠ ٪ مؤشرا لحالة مرض نفسى أو عقلى أو حالة تخلف عقلى.

وتوصل لنفس النتائج كل من سلوان Sloan (١٩٤٧) وكلوبفر وكيل Klopfer & Kelly (١٩٤٢) كما أثبتت الدراسات انخفاض نسبة الشكل الجيد عند الفصاميين Beck and Rickers (١٩٣٨) و Molish & Bock (١٩٥٨).. ويمكن تفسير ذلك بأن الذهانيين ولبعدهم عن الواقع لايرون الأشياء بصورة حقيقية. ووجدت آمز Ames1 (١٩٧١) أن ش+٪ تكون منخفضة عند الأطفال الصغار وتزداد بتقدم سن الطفل.

ب - الحركة Movement

تدل تقديرات الحركة على ثراء الحياة الداخلية وقدرته على الابتكار. وعادة ما يتأثر اعطاء استجابة حركية بالحالة الانفعالية للشخص، فالاكتئابيون يعطون استجابات حركة أقل من المجموعات المرضية الأخرى.

كما أثبتت كثير من الدراسات وجود علاقة موجبه بين الذكاء وانتاج استجابة حركية Exner 1974) وبما أن الاستجابة الحركية تتأثر بذكاء الفرد فعادة ما تكون

هناك رابطة موجبة بين عدد الاستجابات الحركية والاستجابات الكلية والاستجابات الأصلية Original Responses، فقد سجل شولمان Schutman ارتباطا موجبا بين الاستجابة الحركية والقدرة على التفكير التجريدى Abstract thinking ، كما تعد الاستجابة الحركية مؤشرا للابتكار Creativity فقد وجد ارتباطا موجبا بين الاستجابة الحركية والمهارة الفنية Artistic talent (Dana 1969, Hersh 1962).

كما وجد ديدك (Dudeck) (١٩٦٨) أن الأشخاص الذين أعطوا استجابات حركية كثيرة استطاعوا التعبير عن أنفسهم بسهولة وبطريقة ابتكارية فى قصص اختبار تفهم الموضوع (TAT) (انظر Exner 1974).

وفى دراسة حديثة لقياس التحسن فى العلاج بواسطة الرورشاخ على أشخاص يعانون من التهتهة وجد شيهان وتانكا Sheehan & Tanka (١٩٨١) أن العينة الأكثر تحسنا أعطت نسبة أكبر بدرجة ذات دلالة فى الاستجابات الحركية.

وعادة ما تشتمل استجابات الراشد على اختبار الروشاخ على ثلاث استجابات حركية.

وقد وجدت آميز Ames (١٩٧١) أن نسبة الاستجابات الحركية منخفض لدى الاطفال الصغار ويزداد مع بلوغ الطفل العاشرة.

ويختلف تفسير استجابات الحركة تبعا لاختلاف النشاط النفسى المؤثر ليها، فالحركة التى تتضمن محتوى عدوانيا غير تلك التى تتضمن التألف والتعاون مثلا.

جـ - الاستجابات اللونية (ل) Color Responses

تقدر عندما يستخدم اللون بوضوح فى المفهوم المرئى وقد ربط رورشاخ استجابات اللون بالواقع الانفعالى للشخص وكيفية مواجهته له.

كما أنها ترتبط بمدى قدرة الفرد على الاستجابة بمنبهات البيئة، فقد وجد مان Mann (١٩٥٦) علاقة موجبه بين الكلمات المتصلة بالبيئة فى اختبار التداعى الحر وعدد الاستجابات اللونية على اختبار الرورشاخ. وغالبا ما يتم ذكر اللون

المرتبط بالشكل المحدد وتقدر الاستجابة (ش ل) وتدل على تحكم أكثر في الناحية الانفعالية من محاولة استرجاع الشكل بعد ذكر لونه (ل ش)، أما استجابات اللون الخالص مثل (دم) فغالبا ما تدل على انفعالية لم يتم السيطرة عليها.

أما تسمية اللون مثل (هذا أحمر) فهي محاولة تجنب الموقف الانفعالي وتناوله بصورة غير واقعية كما وأنها استجابة غير ناضجة وترتبط بصغار السن أو بالحالات الباثولوجية. (جلال ١٩٦٥).

وتكاد تختفي الاستجابات اللونية عند الاكتئابيين بينما تزداد الاستجابت اللونية عندهم (Schlesinger 1980).

أما نسبة استجابات الشكل اللونية ش ل٪ فان انخفاضها يعد مؤشرا للاختلالات الانفعالية: ففي إحدى الدراسات كان متوسط ش ل:٪ لكل الحالات المرضية أقل بنسبة دالة من مجموعة غير المرضى وهي نفس النتيجة التي توصل لها كثيرون من قبل. (Bodin & Pikunas 1983).

د - استجابات الظلال:

وهي الاستجابات التي تتضمن الظلال للمساحات السوداء والرمادية. ولم يذكرها رورشاخ في كتابه (التشخيص النفسي) على الرغم من أنه لاحظها واستخدمها في احدى الحالات التي نشرها أوبرهولزر بعد وفاته.

وقد كان بندر Binder ١٩٣٢ أول من قدم مدخلا لتقدير الظلال ومن دراسته التحليلية توصل إلى نوعين من الاستجابات: الاستجابات السطحية التي تعتمد على عدد من الظلال الفردية المنفصلة وما تحدثه من أشكال، والاستجابات التي تعتمد على الانطباع الكلي للتظليل وما يحدثه من تأثير في نفس الفرد.

ومن بعد أدخل المشتغلون بالرورشاخ أمثال "بيك" و "كلوبفر" طرقا أخرى لتقدير الأنواع المختلفة من استجابات الظلال.

وعموما فقد افترض أن استجابة الظلال تدل على القلق وقد أيدت كثير من الدراسات هذا الفرض، ففى دراسة على مدمنى الخمر Alcoholics باعتبارهم أكثر قلقا سجلوا نسبة عالية من استجابات الظلال.

كما وجد ارتفاع ذو دلالة فى استجابة الظلال بعد التعرض لموقف انفعالى. وقد سجل ليبو Lebo (١٩٦٠) انخفاضا فى نسبة استجابة الظلال لمجموعة المصابين بالقلق الشديد بعد العلاج مقارنة بالمجموعة التى لم تعالج انظر (Exner 1974).

ثالثا: المحتوى Content

إن تقديرات المحتوى تكشف الرغبات والاهتمامات والتفاعل الاجتماعى للفرد.

والاستجابات ذات المحتوى الحيوانى والانسانى هى التى تظهر أكثر من غيرها لذلك لم يضع رورشاخ تصنيفا للمحتويات الأخرى وجمعها فى مجموعة واحدة Objects.

تقدر الاستجابات الانسانية اذا رأى أى شكل انسان أو شبيه بالانسان مثل ساحر، عملاق - ملاك.

وتقدر جزء انسان اذ رأى أى جزء من أجزاء الانسان عدا الاستجابات التشريحية أو الجنسية.

وأثبتت الدراسات أن تقديرات المحتوى الحيوانى تمثل المجموعة الأكبر من الاستجابات - حوالى ٤٨٪ منها.

كما وجدت "آمز" أن حوالى نصف استجابات الأطفال استجابات حيوان أو أجزاء حيوان.

وقد رأى كل من "كلوبفر" و "بيك" أن الزيادة الكبيرة فى عدد الاستجابات الحيوانية تدل على القصور المعرفى أو الاختلال الانفعالى، وعادة ما يعطى الاكتئابيون عددا أكثر من الاستجابات الحيوانية بينما تكون النسبة منخفضة عند مرض الهوس (Kuhn 1963).

أما بالنسبة للاستجابات ذات المحتوى الانسانى فقد وجدت "آمز" أنها تزداد تبعا لتقدم سن الطفل حتى تصل نسبتها إلى ١٨٪ عند سن العاشرة. كما وجد بيك Beck (١٩٤٧) نسبة حوالى ١٧٪ استجابات ذات محتوى انسانى عند البالغين وعادة ما تكون نسبة الاستجابات الحيوانية إلى الانسانية ٢:١.

أما بالنسبة للمجموعات المرضية فقد وجد أن نسبة الاستجابات الانسانية تكون منخفضة عند الفصاميين.

وفى احدى الدراسات الحديثة عن استجابات الانسان ـ على ضوء ثلاثة أبعاد فى مفهوم بلات Blatt لمقاييس الأشياء ـ Accurcy - Differention - Content تبين أن التحليل الموضوعى لعلائق الأشياء يمكن أن يكشف عن مفهوم الذات وعلاقتها بالآخرين والذى يعتبر جانبا هاما فى مسألة نمو الشخصية.

كما يمكن أن يساعد فى التمييز بين المجموعات التشخيصية (Lerner and Perer 1984).

ومن استجابات المحتوى أيضا والتى تظهر بتكرار ملحوظ الاستجابات التشريحية Anotomy Responses وغالبا ما تظهر أكثر عند المهتمين أو الدارسين لهذا الجانب.

كما وجد أن السيكوسوماتيين ـ يميلون لاعطاء استجابات تشريحية كثيرة (Wagner & Williams 1975) كما أن هنالك استجابات عن الجغرافيا والنباتات الطبيعية وتقول بعض الفروض أنها ترتبط بالسلبية وعدم النضج.

كما توجد استجابات عن الدم وعن الجنس غالبا ما تظهر بكثرة عند المجموعات المرضية خاصة الفصاميين.

وعموما فان الاستجابات ذات المحتوى المختلف تشير إلى تنوع اهتمامات الفرد وربما تكشف عن ميولهم المهنية ومدى مرونتهم وقدرتهم المعرفية. وقد وجدت علاقة موجبة بين تنوع محتوى الاستجابات والذكاء (Pauker 1963).

ومع ذلك وعند تفسير الاستجابات لا يكون للمحتوى المعين معنى خاصا بالشخصية أو الحالة المرضية ألا فى ضوء الرؤية الكلية لكل استجابات المحتوى وفوق ذلك التفسير المتكامل للأنواع الأخرى من الاستجابات.

رابعا: الاستجابات الشائعة Popular Responses والاستجابات الاصيلة Original Responses:

١- الاستجابات الشائعة:

تعكس المقدرة على رؤية الأجزاء العامة فى البطاقة والتى يراها معظم الناس.

وتعكس تكيف الفرد مع الحياة من حوله ومدى مشاركته للآخرين، وعليه فقد تختلف الاستجابات الشائعة باختلاف الثقافات والبيئات المختلفة.

ويرى رورشاخ أن الاستجابة تعتبر شائعة اذا وردت مرة فى كل ثلاثة تقارير عادية ولابد أن تكون ذات شكل جيد وقد وجدت "آمز" أن الاستجابات الشائعة تزيد بازدياد عمر الطفل ويستطيع المراهق اعطاء من ٥-٨ استجابات شائعة ومن المتوقع أن يتضمن تقرير الشخص العادى فى ذكائه حوالى ٢٠٪ استجابات مألوفة.

أما اذا قلت أو انعدمت الاستجابت الشائعة فهناك احتمال وجود حالة مرضية أو حالة ابتعاد الفرد عن البيئة والواقع الاجتماعى كما عند السيكوباتيين

٢- الاستجابات الأصيلة:

تشير إلى نوع فريد ومتميز من التفكير، يدل على قدرة الفرد على استنباط وادراك علاقات جديدة بين الأشياء. ويشترط أن يكون الشكل بجانب أصالته جيدا، وعادة ما تكون العلاقة بين الاستجابات المألوفة والأصيلة علاقة عكسية.

ويتطلب الحصول على الاستجابات المبتكرة تطبيق الاختبار على مجموعات كبيرة ومتباينة من الأفراد.

وبالاضافة إلى هذه الجوانب الأربعة التى يتم تقدير الاستجابات على ضوئها فان هناك جوانب أخرى يتم حسابها عند تقدير الاستجابات ومن أهمها عدد الاستجابات، زمن الرجع.

أ - عدد الاستجابات:

وجد رورشاخ أن الشخص العادى يعطى عادة من ١٥-٣٠ استجابة كما وجد اكسنر حوالى ١٧-٢٧ استجابة.

وقد ذكر اكسنر (١٩٧٤) أن قلة الاستجابات ربما كان نتيجة للضعف العقلى أو الاكتئاب.

وعادة ما يعطى الاكتئابيون عددا من الاستجابات أقل من المتوسط عكس مرض الهوس الذين يعطون عددا كبيرا من الاستجابات.

أما الفصاميين خاصة فى حالة الكف العقلى فأنهم يعطون استجابات أقل من العشرة أو يتوقفون فجأة عن الاستجابة بعد أن يكونوا قد استجابوا لبطاقات أكثر صعوبة.

ب - زمن الرجع Reaction Time

عادة ما يكون قصيرا بالنسبة للبطاقات ٣، ٥ وأطول للبطاقات ٦، ٩.

وعادة ما يستجيب الأطفال ومرضى الهوس فى زمن زجع أقصر مما يستجيب به الاكتئابيون ومرضى الوسواس وأمراض المخ ومرضى الصرع.

ويعطى الفصاميون زمن رجع أقصر من كل المجموعات السابقة خاصة للبطاقات الملونة.

واذا زاد زمن الرجع للبطاقات الملونة على زمن الرجع للبطاقات غير الملونة عن عشر ثوان دل ذلك على أن الفرد يضطرب للمنبهات الانفعالية الحادة.

طريقة تطبيق اختبار الرورشاخ:

هناك عوامل كثيرة لابد من مراعاتها عند اعداد المفحوص لتطبيق الرورشاخ وهي:

١ـ تهيئة الشعور بالراحة والاطمئنان للمَفحوص وخلق جو يبعث على الاسترخاء.

٢ـ اعداد جلسة الفاحص والمفحوص وأدوات الاختبار.

وقد رأى "اكسنر" أنه من المستحسن أن يتمكن كل من الفاحص والمفحوص من رؤية البطاقات معا أثناء اجراء الاختبار لذلك كانت الجلسة المفضلة هى أن يجلس الفاحص بجوار المفحوص وإلى الخلف قليلا.

والأدوات الأساسية لتطبيق الرورشاخ هى:

أ ـ بطاقات الرورشاخ العشر على منفدة الفحص ويفضل أن تكون مقلوبة بترتيبها الصحيح.

ب ـ مصور المكان Location Chart وتوجد بها أشكال البطاقات العشر وذلك لتحديد المساحات التى استخدها المفحوص فى مفاهيمه.

جـ ـ ورق مسطر لتسجيل الاستجابات وقلم حبر أو رصاص.

د ـ ساعة توقيت أو ساعة لها عقرب ثوانى لحساب زمن الرجع.

٣ـ التعليمات الأولية للمفحوص: رأى اكسنر أن المقننة "عند اجراء الاختبار هى الصيغة التى استخدمها رورشاخ وكذلك "كلوبفر" وهى، أن يتبع تقديم البطاقة الأولى سؤال المفحوص: "ماذا يمكن أن تكون هذه؟"

وبالطبع يسبق ذلك تهيئة المفحوص للاختبار خاصة اذا كان الرورشاخ هو الاختبار الوحيد الذى سيطبق عليه.. وعموما فان التعليمات تختلف تبعا للسن والخبرة والاطار الثقافى واللغة والطريقة التى يتسطيع المفحوص فهمها.

وقد يوجه بعض المفحوصين أسئلة تدور حول عدد الاجابات أو امكانية ادارة البطاقات، فيجب أن يكون الرد على مثل تلك الأسئلة بصيغة عامة (الأمر متروك لك تماما).

وقد اتفق معظم علماء الرورشاخ على تشجيع المفحوص اذا أعطى استجابة واحدة فقط خاصة فى البطاقة الأولى وذلك بأن يقال له مثلا "يرى بعض الناس أكثر من شئ واحد فى البطاقات فاذا فعلت فأخبرنى".

مراحل أداء الاختبار:

١- مرحلة التداعى الحر Free Association

ويعطى فيها المفحوص الفرصة كاملة للتعبير عن استجابته للبطاقات تلقائيا متى ما أمكن ذلك دون أى ضغط أو توجيه من جانب الفاحص، وتسجل الاستجابات كلمة كلمة ويمكن أن تكتب بطريقة اختزالية.

وتعمل أرقاما متسلسلة لاستجابات لكل بطاقة حتى يسهل الحصول على العدد الكلى للاستجابات، ويسجل زمن الرجع وهو الزمن المنقضى من وقت رؤية المفحوص للشكل إلى وقت اعطاء الاستجابة الأولى، كما يسجل الزمن الكلى الذى استغرقته الاستجابات فى كل بطاقة، ومن ثم حساب الزمن الذى استغرقه المفحوص لأداء كل الاختبار.

٢- مرحلة التحقيق Inquiry

والهدف من التحقيق هو الحصول من المفحوص على بعض المعلومات التى تتعلق بالكيفية التى رأى بها مفاهيمه مثل: توضيح مكان الاستجابة، والعوامل

المحددة للاستجابة: ما اذا كان اللون أم الشكل أم الحركة أم الظلال، وكل ذلك يمكن أن يفيد فى أن يكون تقدير الاستجابة دقيقا.

غير أن رورشاخ لم يذكر عملية التحقيق لكنه أشار إلى أهمية توضيح مكان الاستجابة وكذلك توضيح ما اذا تدخل عامل الحركة أو اللون فى الاستجابة.

وعادة ما يبدأ التحقيق بأن يقول الفاحص للمفحوص "لقد رأيت كل البطاقات وأعطيت استجاباتك، والآن سنمر عليها معا لأتأكد من رؤيتى لها بنفس الطريقة التى رأيتها بها".

ويجمع كل من "بيك" و "هيرتز" و "كلوبفر" و "بتروفسكى" على "أن التحقيق يبدأ بعد الانتهاء من عملية التداعى الحر ويبدأ بالبطاقة العاشرة ثم التاسعة حتى ينتهى إلى الأولى، أما "رابابورت" و "وشافر" "فيبدأ عندهما التحقيق بعد الانتهاء من الاستجابة للبطاقة مباشرة.

وقد ترد استجابات اضافية أثناء التحقيق ويذهب "بيك" إلى تسجيل هذه الاستجابات الاضافية ولكن لا تدخل فى عملية التقدير. غير أن البعض الآخر من أمثال "كلوبفر" يرى تسجيل الاستجابات الاضافية وتقديرها.

٣- مرحلة التقدير (Scoring)

لاتقابل معنى كلمة تقدير أو تصحيح (Score معناها المستخدم فى علم النفس القياسى، والذى يحمل معنى الحساب والجمع، واستخدام استجابات صواب مقابل استجابات خطأ... إلى غيره من العمليات القياسية والتى لايمكن تطبيقها تماما على سجل الرورشاخ (Exnery 1974)

وكان رورشاخ يرمز لكل نمط من أنماط الاستجابة برمز خاص، غالبا ما يمثل الحرف أو الحروف الأولى من الكلمة التى تصف نمط الاستجابة، والتى تمثل مكونا من مكونات الاختبار، فمثلا استجابة كلية Whole reponse يرمز لها بالرمز (W). وتدرج الاستجابات التى تتماثل فى أحد الخصائص الجوهرية فى فئة للتقدير واحدة.

وقد اختلفت وجهات النظر فيها يختص بمعانى الرموز بين علماء الرورشاخ. ولكن هذه الاختلافات لاتمس الأساسيات التى ينبنى عليها تحليل المدرك وكثيرا ما تتصل تلك الخلافات برموز التقدير أكثر من اتصالها بالمعنى النفسى لهذه الرموز. (غنيم وبراده ١٩٧٥).

أما طريقة تقدير الاستجابات والمبنية على أربعة عناصر هى المكان، والمحددات، والمحتوى، والشائع والمبتكر، فقد تم ذكرها بالتفصيل فى سياق الحديث عن الدلالات المتعلقة بها.

وبعد لانتهاء من عملية تقدير الاستجابات توضع البيانات فى شكل ملخص كمى quantitative.

ويكون من المفيد جمع عدد الاستجابات وايجاد المتوسط والنسب المئوية لكل نوع من أنواع الفئات وحساب زمن الرجع.

٤- مرحلة التفسير Interpretation:

بعد عملية التقدير تأتى مرحلة تفسير الاستجابات وهى عملية صعبة ومعقدة تتطلب مهارة خاصة والماما بنظريات الشخصية وخبرة بالامراض النفسية المختلفة بالاضافة للمعرفة التامة بطريقة الرورشاخ نفسها.

ويأخذ خبير الرورشاخ نتائج الاختبار بصورة متكاملة ويرصد طريقة أداء المفحوص وسلوكه أثناء أداء الاختبار ومع ذلك لا يأخذ نتائج الاختبار كمسلمات نهائيه بقدر ما تساعد تلك النتائج فى وضع فروض يمكن التأكد من مصداقيتها من مصادر أخرى على ضوء الحالة المعنية.

الباب الثالث

الأمراض النفسية والعلاج النفسى

الفصل العاشر

الأمراض النفسية

تعريف المرض النفسى

المرض النفسى Mental illness اضطراب وظيفى فى الشخصية يرجع الى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية أو اضطرابات الفرد مع البيئة الاجتماعية التى يتفاعل معها سواء فى الماضى أو الحاضر (فهمى : ١٩٦٧).. ويعرف زهران (١٩٧٤) المرض النفسى بأنه اضطراب وظيفى فى الشخصية نفسى المنشأ، يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر فى سلوك الفرد فيعوق توافقه النفسى، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية فى المجتمع الذى يعيش فيه.

وتقسم الأمراض النفسية إلى : اضطرابات وظيفية ، واضطرابات عضوية.. الإضطرابات الوظيفية : تشمل قطاعا عريضا من الحالات ، التى يمكن أن نرى فيها أن مشكلات الشخص هى نتيجة للتأقلم والتكيف مع صعوبات الحياة وإذا إستمرت تلك المشكلات على مدى سنوات فربما يحدث للشخصية مكونات عصابية طويلة الأمد وبالتالى يكون رد فعل الشخص لمصاعب الحياة أقل من الشخصية المتوافقة توافقا حسنا حيث أن الناس يختلفون فى إستجاباتهم لمواقف الضغط.

وعلى نحو تقليدى ، فإن الذهان الوظيفى لأنواع الفصام والإضطرابات العاطفية (الاكتئاب -الهوس) يعتقد أنها ترجع إلى شذوذ فسيولوجى أساسى ، ومن المحتمل أن يكون من النوع الكيميائى الحيوى . إن مصطلح "وظيفى" يشير ببساطة إلى أنه فى حالة الذهان لايوجد أى سبب عضوى مثلما هو الحال فى تعاطى الكحوليات أو ذهان المواد السامة الأخرى . إن بعض علماء النفس قد جادلوا بشدة حول مسببات الذهان الوظيفى بأنها فى الحقيقة نفسية وليست فسيولوجية . أما الحالات "العضوية" فهى تلك التى يوجد فيها إرتباط مباشر بين الشذوذ النفسى

وحالة عضوية وهى تشمل مدى واسع من الأسباب مثل إصابات المخ ، الأورام الخبيثة بالمخ والعديد من حالات التسمم، الأمراض المعدية، الإضطرابات العصبية، اضطرابات الغدد وهكذا.

ويجب ملاحظة أن المجموعات المتداخلة والمتشابكة من الإضطراب العقلى والجنوح ، بالرغم من كونها الى حد كبير وظيفية، كما فى العصاب، فلايستبعد بالضرورة العوامل الفسيولوجية . وبالطبع تلك العوامل العضوية تكون أحيانا ذات أهمية أساسية . كما يجب أن نلاحظ مقدما أنه بالرغم من أن الإدمان بطبيعته فسيولوجى فإنه توجد مكونات نفسية قوية . فالإغراء الأولى لكى ينغمس الفرد فى الإدمان من الممكن أن يرتبط بعوامل نفسية.

كذلك فإن المشكلات فى السلوك الجنسى متنوعة ومن الممكن أن يكون لها أساس بيولوجى ولكن من الواضح أنها أصبحت مرتبطة بقوة بأسلوب الحياة العام للشخص وتكيفه . ومريض الفصام الذى لا يستجيب بطريقة جيدة لمركبات "الفيثوثيازين" ويلقى إهتماما قليلا أو يكون معدوم الأسرة ربما يصبح نزيل دائم فى مستشفى للأمراض العقلية.. إن مثل تلك الحالات الإجتماعية طويلة الأمد سوف تؤدى إلى نتائج سلوكية معينة بغض النظر عن المرض الأصلى ، وبالتالى تكون هناك حاجة لأن نأخذ بعين الإعتبار وضع المرضى المزمنين أو المصابين بأمراض عقلية لفترات طويلة تحت الملاحظة.

وبالرغم من أن السلوك غير السوى عند الأطفال ربما يكون لها نظير عند البالغين فلابد أن نضع نقاطا أساسية واضحة للإختلاف بينهما، فالأطفال فى نمو مستمر طوال الوقت كما أن بيئتهم وخصوصا الأسرة هى دائما ذات أهمية فى تفسير سلوكهم فى أى وقت.

إن الحالات غير السوية التى لها أساس عضوى من الممكن أن تنشأ من العديد من الأسباب ولكن بعضها مثل (عته الشيخوخة) لها أهمية خاصة بسبب قسوتها وكثرتها ونظرا لأن العدد الكبير من الحالات وهى نسبة متزايدة من الناس

كبار السن فإن الخدمات يجب أن تقدم للأمراض العقلية فى نطاق المرحلة العمرية.

ويوجد العديد من جوانب السلوك غير السوى الذى له أهمية خاصة فى العمل الإكلينيكى، فالإنتحار والمحاولات الإنتحارية ربما لاتكون مرتبطة بالإكتئاب، وليس كل المكتئبين يرغبون فى الإنتحار. كما أنه يجب أن نجذب الإنتباه لظواهر هامة فى السلوك غير السوى مثل الهلاوس والهذيان.

أهم الإضطرابات الوظيفية للسلوك:

١ـ الذهان الوظيفى :

ـ الفصام.

ـ الإضطرابات العاطفية.

٢ ـ العصاب:

ـ الإكتئاب.

ـ حالات القلق.

ـ المخاوف المرضية.

ـ الهستيريا.

ـ الوساوس القهرية

٣ ـ الإضطرابات الإجتماعية:

ـ السيكوباتية (الشخصية المضادة للمجتمع).

ـ الجنوح.

ـ الإدمان.

أهم الإضطرابات العضوية

١ ـ حالات التسمم.

٢ ـ أثر الإدمان (مثل ذهان الكحول)

٣ ـ الأمراض المعدية (مثل الزهرى ، إلتهاب السحايا)

٤ - أورام المخ.

٥ - تصلب الأنسجة.

٦ - الصرع.

وسوف نتناول فيما يلي أهم أعراض الاضطرابات الوظيفية.

الأمراض الذهانية

الذهان Psychosis هو اضطراب عقلي خطير، وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي (زهران : ١٩٧٤)

يوجد بين الإضطرابات النفسية الوظيفية ، إختلاف أساسي يميز بين الأمراض الذهانية عن العصابية هو فقدان الإتصال بالواقع ونقص استبصار الفرد الذهاني بمشكلته، ومثل تلك السمات المميزة تكون عرضة للعديد من النقد من قبل أفراد المجتمع.. فعلى سبيل المثال لايستطيع المصابون بالفصام الأذكياء أن يشخصوا حالتهم قبل الذهاب إلى طبيب نفسي، والمصاب بالهستريا العصابية ربما يكون غير واعي أن شكواه الجسمية هي في الأصل نفسية ، وسوف يرفض هذا الإقتراح بقوة .

ويرى عكاشة (١٩٨٠) أن أهم الخصائص المميزة للأمراض الذهانية:

١ - اضطراب واضح في السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من انطواء ، انعزال، إهمال في الذات والعمل، والاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.

٢ - تغير الشخصية الأصلية ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف عن الشخصية الأولى.

٣ - تشوش في محتوى ومجرى التفكير، وأسلوب التعبير عنه.

٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره.

٥ - عدم استبصار المريض بعلته، فلايشعر بمرضه وأحيانا يرفضه اعتقادا منه أنه لايعاني من أي مرض.

٦ - اضطراب في الادراك مع وجود الضلالات والهلاوس.

٧ - البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره.

ويعرض سوين (١٩٧٩) الخصائص التالية باعتبار أن أغلب الذهانيين يشتركون فيها وهى:

١- أعراض يبلغ من خطورتها أن يختل التوافق الاجتماعى والعقلى والمهنى الى حد ملحوظ.

٢ - اضطراب عميق فى القدرة على تقدير الواقع والانفكاك منه.

٣ - انعدام استبصار الفرد بالحالة المرضية أو الباثولوجية التى هو عليها.

٤ - انحلال الشخصية أعنى تفكك الشخصية نتيجة للاجهاد والضغوط الهائلة.

٥ - السلوك الذى يجر الأذى على صاحبه أو الذى يكون خطرا على الآخرين.

٦ - المرض الذى يبلغ حدا من الشدة يستوجب العلاج بالمؤسسات.

أما الأمراض الذهانية الوظيفية نفسها فتقسم إلى الإضطرابات الفصامية، الإضطرابات العاطفية.

١ - الفصام Schizophrenia

هو مرض ذهانى يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التى تؤدى إن لم تعالج فى بدء الأمر الى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك .. وأهم الأعراض اضطرابات التفكير، والوجدان ، والادراك ، والارادة ، والسلوك..

ويعتبر إضطراب التفكير من أهم السمات الأساسية فى الفصام ومن الممكن أن تظهر تلك السمة بالتحديد فى عدة أعراض مثل الغموض ، ضعف التركيز، تكتل التفكير، ضغط التفكير واضطراب التعبير عن الأفكار ، واضطراب محتوى التفكير، وقلة الترابط بين الأفكار وصعوبة ايجاد المعنى بسهولة . وبالإضافة إلى الإضطرابات المعرفية للتفكير وامتزاج الواقع بالخيال، كما توجد إضطرابات وجدانية مثل التبلد ، وعدم التجاوب الإنفعالى، تضارب المشاعر، إضطرابات الإرادة السلبية، وإضطرابات حركية، فهناك نقص وإنسحاب عن التفاعل الطبيعى للإنسان. ويكون مفهوم الذات ومشاعر الهوية الشخصية ضعيفا .. والشخص المريض بالفصام ربما يجد صعاباً فى تمييز نفسه عن الآخرين وفى التمييز بين الماضى والحاضر ، وربما

تظهر الأعراض الكتاتونية مثل الغيبوبة والهياج . كما أن الأوهام والضلالات ومنها: ضلالات الاضطهاد ، وضلالات العظمة، وضلالات توهم العلل البدنية من الممكن أن تتطور أو تظهر فجأة مع إحساس غامر بالإقتناع. كما أن الهلاوس تحدث فى أشكال حسية مختلفة كالهلاوس البصرية والشميه والسمعية ، لكن الهلاوس السمعية لأصوات تتكلم هى من أهم سمات هذا المرض .







صور بعض الاضطرابات السلوكية لدى مريض الفصام

ومن الناحية الكلاسيكية فإن الفصام كان ينقسم إلى أربع مجموعات فرعية : الفصام البسيط، الفصام الهيبوفريني، الفصام الكتاتوني، فصام البارانويا. ومن الناحية العملية اليوم فإن الاستعمال الشائع هو ذلك التقسيم البارانويا، اللابارانويا.

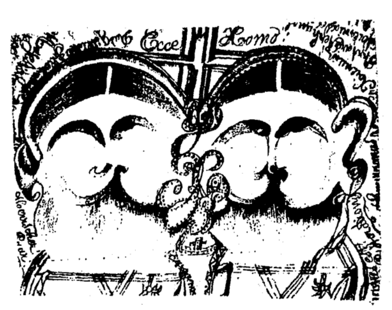
لقد أثر كربيلين kraepeline في العديد من الذين بحثوا ليطوروا من الأفكار في مرض الفصام خاصة إيجين بلويلر Eugen Brealer شيندر schneider ، ماير جروس MayerGross ، انخ فليدت .Langfeldt ولقد صاغ " بلويلر Bleuler " في عام ١٩٩١ مصطلح الفصام Schizphrenia كما يلي : "هو عمليات انشقاق ذات أهمية أساسية في الإضطرابات" . ويجب أن نلاحظ أن تلك الانشقاقات كان يعتقد أنها عمليات معقدة مركبة خصوصا تشقق وانقسام مناطق التفكير، والوجدان. ولقد قام " بلويلر" بالتمييز بين ما كان يدعى الأعراض الثانوية مثل (الأوهام والضلالات، الهلاوس) والأعراض الكتاتونية، الأعراض الأساسية مثل التوحد والتقمص ، الإزدواجية والتناقض ، والإضطرابات الوجدانية. وبالإضافة إلى هذا التمييز (الأساسي الثانوي) قدم الأعراض الأولية مثل إضطرابات التفكير، أما الأعراض الثانوية تعكس محاولات التكيف للإضطرابات الأولية وآثارها.

ولقد كان " شنيدر Schneider "أكثر إهتماما بقواعد التشخيص أكثر من أن يوسع أو يطور نظرية للمرض . فلقد وصف ما إعتبره أول فئتان للأعراض وهما يشملان العديد من الهلاوس والضلالات والتي تعتبر من مسلمات التشخيص. وهذه تشمل ثلاثة أنواع من الهلاوس السمعية : سماع أفكار الفرد عالية، سماع أصوات تتحدث مع بعضها البعض، سماع أصوات تعطي تعليقات سريعة خاطفة على سلوك الفرد.

إنه لمن الضروري بالطبع أن تستخدم كلمة فصام بدقة وليس على نحو طليق. إن علماء النفس قد وصفوا كل ما إعتقدوه على هذا النحو وحاولوا أن يوضحوا السمات الأساسية الضرورية للحالة. ولكن أخيرا الذاتية ومهارات المقابلة

الفردية تؤثر بطريقة حتمية على الحكم النهائى اذا ما كان الشخص يعانى من الفصام أم لا.

إن بعض العلماء يعتقدون أن عدم الوضوح فى حدود الأنا مع ضياع خبرة الذات لها أهمية أساسية فى مرض الفصام .. ولقد بدأت تلك الأفكار مع علماء النفس التحليليين مثل بول فيدرن . Paul Federn وعلى نحو موضوعى ومن وجهة نظر هؤلاء العلماء فإن المصابين بالفصام يجدون صعوبة فى معرفة أين يبدأون وينتهون . وبالتالى ترتبط المشكلة بتطور نمو الذات وصورة الجسم فى مرحلة الطفولة المبكرة . ان خبرات العديد من الفصاميين يمكن أن ترى على أنها نتيجة لضياع وفقدان النسب الشخصى، فالمريض ربما يشعر أن أفكاره ليست أفكاره ومثل تلك الخبرات السلبية ربما تصبح أوهام مضللة . وبالرغم من أن تلك الخبرات تعتبر فصام فإن هناك أعراضا تكاد تشبهها تقع فى (اللافصام). تلك هى خبرات الإدراك الخارج عن نطاق الإدراك الحسى العادى (الوحى أو الكشف) ولكن فى مثل هذه الحالات لاتيتبر فقدان تلك الخبرات أكثر أو أقل قبولا من الناحية الإجتماعية ولكن أيضا تحدث لشخصية عادية سوية .



الهلاوس البصرية عند مريض الفصام

العلاج : إن الأغلبية الواسعة لمرضـى الفصـام يعـالجون (بالأدويـة المهدئـة مثل الفينوثيازين) كمرضـى يعـالجون خـارج المستشفيات أو إذا تطلبـت حـالاتهم الاقامة بالمستشفى ثم يخرجون يلاحظ أن معظم مرضى المستشفيات العقلية هم من المصـابين بالفصام حيث أن الأقلية من مرضى الفصـام أصبحـوا مرضـى مزمنيـن وذلك غير ممكن وغير شائع فى الحالات الأخرى . إن الفصام حالـة تظهـر عـادة فى فترة المراهقة أو لدى الراشدين صغار السن. كما أنها شائعة فى متوسط العمـر وعند ذلك تكون من أنواع الأوهام والضلالات وأنواع البارانويا. وتقترح العديد مـن الدراسات أن نسبة حوالى ١٪ من سكان العالم ربما يتوقع لهم أن يعـانوا مـن مثـل تلك الإضطرابات خلال حياتهم . كما يضاف الى العـلاج بالعقـاقير العـلاج بغيبوبـة الأنسولين، والعلاج بالصدمات الكهربائية والعـلاج بالجراحـة.. ومـن ناحيـة أخـرى فيجب التدخل بالعلاج الوقائى الذى يهدف الى منع المهيئين وراثيا من الزواج مـن بعضـهم، وهناك علاج نفسى يركز على أيجاد علاقة انفعاليـة ايجابيـة مـع المريـض وتشجيعه ومحاولته فهم مشكلاته وصراعاته واعطائه الثقـة فـى نفسـه وابعـاده عـن حالة العزلة وخاصـة فـى دور النقاهـة وابعـاده عـن النكسـة.. كمـا أن هنـاك عـلاج اجتماعى ومهنى وسلوكى يركز على عائلة المريض ومحيطه الاجتماعى .

٢ ـ الإضطرابات الوجدانية Affective disorders :

إن الاضطرابات الوجدانية يكون الإضطراب الأساسى فيها الإحسـاس مـابين الطرفين أو النقيضين : المرح الحزن . ومن الناحية التاريخيـة فـإن الإضطرابـات الوجدانية عرفت من فـترات طويلـة وهـى تنتـج مـن السـودادية التـى تظلـم الـروح. وإعتقد كريبلين أنها باطنية قطبية بينما إعتبر فرويد (الحـزون والسـوداوية) تحـدد نفسيا.. أما سبيتز وبولبى Spits & Bowlby فيؤكدان على أهمية الحرمان مـن الأم فى فترة الطفولة كسبب مبكر للإكتئاب. وفى السنوات الأخيرة إقترح بيك وآخـرون Beck، et al أن النواحى المعرفية للإكتئاب من الممكن أن تكـون أكـثر أهميـة عمـا كانوا يعتقدون فى الماضى. إن الإكتئاب ربما ينتج من إدراك العـالم بطريقـة سلبية

وغير ملائمة وذلك هو عكس الإعتقاد الشائع من أن مشاعر الإكتئاب تنتج خصائص سلبية فى الأفكار والشخصية.

ويحدد سوين (١٩٧٩) الملامح التالية كخصائص مميزة لذهان الهوس والاكتئاب:

١ - تكرار وقوع فترات الاضطراب المزاجى، وبعض المرضى تظهر عليهم فترات من الانشراح فقط ، على حين أن غيرهم تبدو عليهم الأعراض التقليدية من التبادل الدورى بين الانشراح والاكتئاب.

٢ - فترات الاضطراب سرعان ما تنتهى بعد العلاج أو بدونه أما استجابات الهوس فتقطع شوطها فى نحو ثلاثة شهور ، على حين تمكث استجابات الاكتئاب نحو تسعة شهور قبل أن تنحسر.

٣ - فيما بين فترات الاضطراب يعيش المريض حياة غير مضطربة سوية فى جوهرها. وفى فترات السواء هذه قد تطول الفترة تصل الى عشرات السنين.

٤ - الاضطراب فى جوهره انفعالى أى أن التدهور العقلى لايقع.

٥ - العمليات الفكرية تتعطل بسبب هروب الأفكار أو طيرانها فى حالة الهوس، وبسبب تباطئها عندالاكتئاب.

٦ - الهذاءات شائعة عامة منتشرة : فعند الهوس تتمشى الهذاءات مع حالة الانشراح والمرح الشديد والانطلاق أو الانتشار وتتضمن هذاءات العظمة . أما عند الاكتئاب فتنتشر أفكار التأثم، وانخفاض تقدير الذات والأفكار المتصلة بتوهم المرض.

٧ - تشيع الهلاوس حين يكون الاضطراب شديدا ، ولكنها تكون مع ذلك أقل شيوعا منها فى الفصام ، بل ان الهلاوس لتظهر فى نسبة أقل من عشرين فى المائه من حالات ذهان الهوس والاكتئاب.



أعراض الاكتئاب الحاد

حالة هوس

حالة الاكتئاب فى المراهقة

اكتئاب الشيخوخة

وهكذا فإن الإضطرابات الوجدانية تتميز بالدورية فى ظهورها بالرغم من أن (الهوس الإكتئاب) ، الذى يتبادل بين الهوس والسواء ثم الإكتئاب ، غير شائع كما أن الهوس نفسه غير شائع نسبيا ويظهر فى هياج غير مسيطر عليه ، تطاير الأفكار والشعور بالعظمة، أما الإكتئاب فهو مرض شائع يتميز بمشاعر طاغية بالإكتئاب، القلق وأحيانا أفكار انتحارية ، كما أن المكتئب ربما يكون (مثبط بطئ) وأرق وربما يكون مصاب بوساوس خصوصا عن أحشائه ووظائفها. كما يمكن أن يعانى من مشاعر بالذنب غير حقيقية تماما . كما أن النوم والأكل ربما يتأثران بطريقة حادة .. وبالرغم من أن الاكتئاب أمر شائع الا أن محاولات وصفه بدقة أمر مثار للجدال والخلاف .. ومهما كانت الأسباب فربما نقترح أن النساء أكثر عرضة وأكثر ميلا من الرجال للاصابة بالاكتئاب (Weissman & Klerman, 1977)

وهناك مشكلة خاصة هى إمكانية إقامة تمييز صحيح وفعال بين الإكتئاب كمرض عصابى أو رد فعل لأحداث الحياة، والإكتئاب باطنى النمو (السوداوية) . أما الأخير فيقال أنه يتميز على وجه الخصوص بالسهر أو اليقظة فى ساعات صغيرة مع الإكتئاب فى أسوأ حالاته أما ما يميز الاكتئاب الباطنى فهى تلك الأعراض مثل التثبيط أو البطء العقلى والجسمى (بالرغم من إمكانية حدوث هياج)، كما أن الشعور بالذنب أحد ملامح هذا المرض. وإذا كانت بعض السمات مثل الشعور بالذنب أو (وساوس وتوهم المرض) ذات طبيعة ضلالية توهمية هى شئ واضح وبارز فى هذا المرض أو ربما مع خبرات هلاوس فربما تطلق على الإكتئاب أنه ذهانى النوع .. إن الإكتئاب بشكل واضح هو حدث شائع فى حياة الإنسان ويحدث فى العديد من الأماكن وللعديد من أنواع الشخصيات فلو حدث فعلا إكتئاب باطنى فمن الممكن أن تجد مجموعة متنوعة داخل هذه الفئة العامة. وعلى أية حال ، فإنه يبدو أن السوداوية ، هى مجموعة متنوعة يقال أنها تتميز على وجه الخصوص بالهياج ، ووساوس المرض، وتحدث فى سن اليأس . وعلى نحو مشابه ، فإن ذهان النفاس (مابعد الولادة)، الذى يحدث للنساء بعد الولادة، كان البعض يعتقد أنه نوع مختلف عن الذهان. حتى لو كان هناك تزايد فى مدى حدوث

الذهان والذى ربما يرتبط بميلاد الطفل فإن ذلك يبدو اليوم أن يكـون غالبـا حـالات اضطرابات وجدانية ربمـا أمثلـة حـادة متطرفـة لإكتئـاب مـا بعـد الـولادة الشـهير . وعلى نحو أقل شـيوعا فـإن أعـراض شـبيهة بالفصـام ربمـا تحـدث بعـد ولادة الأم (Kendall et al. 1976) وعلـى أيـة حـال فإنـه حقيقـى تمامـا أن الإضطرابـات الوجدانية عكس الفصام غير شائعة حتى منتصف العمر.

إن العلاقـة بيـن الإكتئـاب والهـوس مـازالت محـل نقـاش وجـدال . فـدورة الإضطراب العاطفى مابين الهوس والإكتئاب قد وضعت فى ضوء منحنـى الجيـب. ولقد وصف كورت Court حالة الهوس على انها حالة أكثر حـدة وتطرفـا.. بمعنـى الإنحـراف عـن الطبيعـى ، فـى اتجـاه واحـد مـن الإضطـراب العـاطفى، أكـثر مـن الإكتئاب . ووجهة النظر هذه تبرر الندرة النسـبية للهـوس ، وتـبرر أيضـا الحقيقـة القائلة بأنه لايوجد أبدا هوس بدون بعض أعراض الإكتئاب . ولكن يمكن أن يوجد إكتئاب بدون أعراض للهـوس . ومـع ذلـك يوجـد المصـابون بالوسـاوس ولايبـدون مضطربين كما يبدو المكتئبين.

وعلى أية حال ، فإن العديـد مـن دراسـات الإضطـراب العـاطفى تقـترح أنـه توجد حالة أحادية شائعة نسبيا (عادة الإكتئاب) وحالة ثنائية منفصلـة غـير شـائعة حيث يحدث الهوس والإكتئـاب فـى أوقـات مختلفـة ، لنفس الفـرد . إن الخصـائص والصفات الوراثية والجينيـة المورثـة مختلفـة ، فالمصـاب بالحالـة الثنائيـة يسـتجيب للعلاج بالليثيوم ، كما أن شخصياتهم الطبيعية العادية أقل عصابية وأكثر إسـتجابية (Donnelly et al 1967.)، أمـا مـع المصـابين بالحالـة الأحاديـة فتسـتخدم الأدويـة المضادة للإكتئاب.

ويعد العلاج بالجلسات الكهربية أقـوى عـلاج لـلآن ضـد الاكتئـاب (عكاشـة ١٩٨٠)، كما قد يستخدم العلاج بالجراحة لقطع الألياف الموصلة بين الفص الجبهى فى المخ والثلاموس .. أما العلاج النفسى فيمكن تطبيقه بعد اختفاء الأعراض وفـى مرحلة النقاهة لاقامة علاقة وثيقة بين المريض والمعالج بما يسمح بالمناقشـة وفهـم

مشكلات المريض وصراعاته وتشجيعه لمقاومة الأفكار السوداوية وتشجيعه على الاختلاط ونبذ العزلة.

الأمراض العصابية

على النقيض من الأمراض الذهانية ، فإنه بين الأمراض العصابية حالات إكتئاب وقلق (فى غياب أعراض أخرى) والتى ستعرف أسمائها بالمشكلة الأساسية. فهى إضطرابات شائعة تصنع نسبة لا بأس بها من الحالات النفسية ومعظم تلك الحالات تحدث لمعظم الناس، ولو كانت عابرة، كرد فعل للصعاب المختلفة فى مواقف الحياة.

لقد ألغت الجمعية الأمريكية للطب النفسى لفظ Neurosis منذ عام ١٩٧٨ حيث أصبح يطلق فقط على كل من لم يستطيع التكيف والتأقلم فى المجتمع مع العادات المألوفة أو أصيب باثارة عصبية لحدالمبالغة وبالطبع ليس هذا ما نعنيه بالاضطرابات العصابية .. فالعصابى : هو الشخص الذى من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع أصبح يعانى من أمراض نفسية متعددة تجعله غير قادر على الاستمرار فى الانتاج كما ينبغى ، وهو من خلال هذه المعاناه يطلب المساعدة للوصول الى درجة من الرضا والمرونة ، باستمرار (عكاشة ١٩٨٠)
ومن أهم الاختلالات العصابية :

١ - عصاب الصدمات : وهو المرض النفسى الذى يعجل من ظهوره مايخبره الفرد من ضغوط عنيفة أو كوارث.
٢ - استجابة القلق : ذلك المرض النفسى الذى يتميز بالخشية الظاهرة والشعور بالخطر المحدق.
٣ - توهم المرض : ذلك المرض النفسى (العصاب) الذى يتضمن الانشغال المفرط بالجسم وأدائه لوظائفه مع التركيز على حالة الصحة.
٤ - الاستجابة التحولية (الهستيريا) : العصاب الذى تظهر فيه أعراض عضوية، من غير أن يكون لها أساس جسمى واضح يمكن التعرف عليه.

٥ ـ الاستجابة الانفصالية : العصاب الذى يتميز باضطرابات فى الشعور والذاكرة.

٦ ـ القوبيا أو المخاوف المرضية : العصاب الذى يتضمن وجود مخاوف مفرطة غير معقولة.

٧ ـ عصاب الوسواس والقهر: وهو العصاب الذى يضطر الفرد الى تكرار بعض أنواع السلوك المتداخلة من الأفكار والأفعال.

٨ ـ الاكتئاب الاستجابى : العصاب الذى تعجل بظهوره خبرة غير سعيدة فى الحياة تؤدى الى اليأس والقنوط . (سوين : ١٩٧٩).

وسوف نناقش فيما يلى بعض هذه الاضطرابات العصابية على سبيل التوضيح.

١ ـ الإكتئاب العصابى:

لقد تم وصف الإكتئاب الباطنى الذهانى وخصائصه فى القسم السابق وهو يختلف عن الإكتئاب العصابى أو الإكتئاب الأخرى والتى لايمكن أن تدخل ضمن هذه الفئة، فالاستجابة الاكتئابية العصابية تحدث بمساعدة موقف محزن وأهم أعراض الاكتئاب العصابى: أن المريض يكون مغتنماً، وتكون الاستجابة الحركية بطيئة متبلدة، ويجد صعوبة فى النوم، ويشكو من الضجر ونقص التركيز والتوتر.. وعادة ما يصبح المريض واعيا بمرضه عندما يتحقق من أنه لم يشف من تأثير صدمة ما بعد مرور وقت كاف عليها (كوفيل وآخرون: د ت)



حالة اكتئاب عصابى

ومن المواقف التى تسبب الإكتئاب للأفراد فقدان أو تغيير الوظيفة أو المنزل، الإنفصال عن شخص حميم أو وفاته أو صدمة حادة ، وهكذا تحدث كميات كبيرة من مشاعر الحزن والعجز الحادة. إن التفاعل مع الحياة بطريقة مكتئبة لفترة طويلة يعتبر بوجه عام نوع عصابى للإكتئاب.

ويعتبر الحرمان سبب شائع للإكتئاب كرد فعل حاد ، كما أن الموت والآثار المصاحبة له مازال موضوعا شائعا فى مجتمعنا يؤدى إلى الاكتئاب فالحزن الحاد القاسى ربما يستمر مدة ٦ أسابيع ولكن العودة لحالة وجدانية أقل أو أكثر طبيعية ربما يستغرق شهرا .. ولقد وجد بورستين Borstein (١٩٧٣) أنه حتى بعد (١٣) شهر فان ١٧٪ من الأرامل استمروا مكتئبين، ومن المعتقد أن المريض عندما يستجيب لحالة وفاة نراه يستخدم الاستجابة الاكتئابية ليحمى نفسه من الوعى بمشاعره الثنائية من الحب والكراهية تجاه الشخص المتوفى .. وفى الشخصيات غير الناضجة يرتبط شكل الاستجابة الاكتئابية بشعور زائد بالاعتماد تجاه المتوفى . إن أقوى التنبؤات لهذا الإكتئاب الطويل كانت عمق الإكتئاب بعد شهر واحد، وجود أطفال قليلين مازالوا يعيشون فى نفس المكان ، عدم العيش مع أعضاء آخرين بالأسرة، نقص الدعم والمساندة المادية الدينية) ... الخ أما الذين تغلبوا على تلك الصعاب بطريقة أفضل كانوا أفرادا لهم تجارب حرمان سابقة . وعلى النقيض من الإكتئاب الباطنى (وبعض أنواع الإكتئاب العصابى)، فإن هؤلاء الذين يعانون من إكتئاب الحرمان لم يحدث لهم عدم إهتمام بالذات أو بطء فى سرعة الأداء.

٢- القلق : anxiety

احساس شعورى غامض وتوقع السوء وتكون الحالة مزمنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم ارتياح وانشغال بكوارث المستقبل وأخطاء الماضى ، والقلق ربما يكون خبرة عامة تماما أو ربما يثار على وجه الخصوص بواسطة التفاعل الإجتماعى أو الاهتمام بالذات الجسدية. ومن الناحية التاريخية فلقد ناقش بيرد " Beard (١٨٦٩) الإنهاك العصبى Naurasthenia "ووصف داكوستا " Dacosta (١٨٧١) "القلب

القلق" للحرب الأهلية الأمريكية . أما فرويد Freud (١٨٩٥) فقد كان أول من أستخدام مصطلح " القلق العصابى. "

وهناك أعراض عضوية تميز حالات القلق منها:

١- خفقان القلب .
٢- التعب بسرعة.
٣ - عدم القدرة على التنفس .
٤- العصبية.
٥ - آلام الصدر.
٦- الترقب والتحفز.
٧ - دوار دوخة.
٨ - إغماء.
٩ - الخوف والتوتر والترقب .
١٠ - صداع.
١١ - رعشه .
١٢- عرق مفرط



الاضطرابات السلوكية فى القلق العصابى

ـ ومن أسباب القلق: التهديد اللاشعورى، أو التهديد الذى تفرضه بعض الظروف البيئية، وتكرار المواقف غير المشبعة أو المهددة لمكانه الفرد وأهدافه والأحداث المثيرة للخوف من انهيار العمليات الدفاعية، وانعدام الأمن وعدم التضج.

إن حالات القلق تدخل تحت الإضطرابات العاطفية ، ولكنهما فى الواقع منفصلين، فاستجاباتهما للعلاج بالأدوية مختلفة تماما ، والمصابون يميلون إلى أن يكونوا أصغر من المصابين بالإكتئاب . وتستخدم المهدئات المعتدلة (خصوصا البنزوديازينر) . ويعتقد أن حالات القلق شائعة بين ٢ : ٥٪ ولدى أكثر من ١٠٪ من مرضى عيادات القلب . وكما أنه فى معظم الحالات غير السوية هناك أدلة تشير إلى أن الوراثة وال ينات تتفاعل مع العوامل البيئية . وبالرغم من أن التغيرات الفسيولوجية تكون ملحوظة فى نوبات القلق فلا يظهر أى شئ غير عادى فى الأشعة لوظائف القلب. كما توجد دلائل بأن حالات القلق تطور الأمراض مثل ضغط الدم العالى ، أمراض القلب ، قرحة العصارات الهضمية ، البول السكرى ، الربو ، قرحة القولون (Marks & Lader 1973) والتى ربما نتوقعها كنتيجة للمستوى العالى لإثارة الجسم، لكن يجب أن نضيف أن الصورة معقدة وأن أمراض القلب والشرايين على سبيل المثال ، ترتبط ببعض أنواع محددة للضغط والتى ربما نشير إلى أنه على الأقل بعض أنواع القلق تنتج أعراض جسدية.

ويمكن فهم الأعراض الجسمية المصاحبة من خلال فهمنا لديناميكية القلق، فالقلق اذا ما استثير يؤدى بالجسم الى أن يعد نفسه لتهديد مستمر لايتحقق أبدا مما يؤثر سلبا على الجسم فتبدو الأعراض الجسميه غير العادية.

٣ - المخاوف المرضية

والمزيد من الحالات المثيرة للقلق تدعى الفوبيا (المخاوف المرضية) وهى شائعة بين الناس العاديين والخوف المرضى عبارة عن فزع غير معقول من موضوع او شخص أو موقف ما.. وتظهر الفوبيا تجاه أى جانب مدرك من البيئة، ولهذا تستخدم كلمات كثيرة مذيلة تصف المثير الذى يثير الخوف . فعندما يثار القلق

بواسطة أشياء مخيفة أو عندما يصبح موقف مخيف بوجه عام عندئذ تحدث فوبيا بدرجة عصابية حقيقية، فالعديد من الناس العاديين لديهم فوبيا متوسطة لمختلف الحشرات أو الحيوانات أو المواقف أو الأماكن المرتفعة أو المصاعد. إن فوبوس Phobos كان إلها يونانيا أرعب أعداءه وإشتق منه الإسم ليعنى الخوف أو الرعب.



فوبيا الاماكن المرتفعة (ركوب الطائرة)

ويوجد ثلاثة أنواع رئيسية من الفوبيا (المخاوف المرضية): -

الخوف من الأماكن الواسعة الفوبيا الإجتماعية ، فوبيا محددة خاصة :

الخوف من الأماكن والمساحات الواسعة : تبدأ عادة بين ١٥-٣٥ سنة وهى أكثر شيوعا بين النساء عن الرجال. وهناك العديد من الأسباب الممكنة، الحالة تتنوع فى طول البداية، المدة ، الشدة والخوف من الأماكن الضيقة أو المغلقة يميل إلى الإرتباط بصعوبات شخصية أخرى تشمل المشكلات الجنسية.

أما الفوبيا الإجتماعية : وفيها يخاف المريض ما يعتقده الآخرون عنه ، وهذا الشعور ربما يكون أو لايكون مقصورا على بعض أنواع السلوك

(مثل الأكل أو الشرب أمام الآخرين، التحدث أمام العامة) وربما يشمل أو لايشمل بعض النواحى مثل إحمرار الوجه والخجل ، التلعثم أو القئ.

جـ- أما الفئة الثالثة من الفئات الأساسية للفوبيا فتشمل المخاوف الخاصة لحيوانات محددة / وحشرات أو الرعد أو المرتفعات وهكذا، وعادة ما تكون تلك المخاوف مرتبطة بخبرة فردية جارحة أو صادمة. ولكنه أمر جدلى إذا ما كانت تلك الخبرات الفردية هى المبرر الأساسى لتلك الظاهرة.

وبالرغم من أن وجهة نظر التحليل النفسى تميل أن ترى الفوبيا كعقدة وربما رمز لصعوبات التفاعل الشخصى فى سن مبكرة، فإن العلاج السلوكى باستخدام التخلص التدريجى المنظم من الحساسية يجعل هؤلاء المعالجين السلوكيين يزعمون أن الفوبيا هى نجاحهم العلاجى الخاص بهم. وعلى أية حال فإن عددا من الدراسات قد أكدت أن بعض الصفات الوالدية المحددة تبدو أنها مرتبطة بتطور العديد من حالات المخاوف المرضية فى أطفالهم إلى مراحل عمرية أخرى فى حياتهم ، فلقد إقترح بولبى Bowlby على سبيل المثال أن كمية غير ملائمة من عاطفة الأم المعبر عنها ربما تكون هى السابقة الهامة لفوبيا الأماكن الواسعة، كما أن إحدى الدراسات وجدت أن الرعاية الأقل من الأم، القليل من الحماية الزائدة من الأم موجودة فى المراحل العمرية المبكرة للمصابين بفوبيا الأماكن الواسعة المكشوفة (Parker 1979) ، كما وجدت تلك الدراسة أيضا أن حالات الفوبيا الإجتماعية مرتبطة بالعناية الزائدة من الأم والمزيد من الحماية الزائدة للأم .. وقد تنشأ الفوبيا باعتبارها خبرة اشتراطية شديدة فى الحياة المبكرة للفرد .. وقد تكون استجابة الخوف نتيجة ازاحة مخاوف عامة الى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه بسهولة، وقد ينشأ كوسيلة لحماية المريض من الرغبات اللاشعورية المستهجنة.. وفى ظل أى من هذه الظروف يكون للفوبيا قيمة ثانوية بالنسبة للمريض فى أنه يجذب اهتمام الآخرين وتمكنه من التحكم فى الأشخاص المحيطين به.

٤ ـ المشكلات المتسلطة والوساوس القهرية (العصاب القهرى)

على النقيض من الأمراض العصابية وحالات رد الفعل التى وصفت توا ، فإن الأمراض العصابية المتسلطة القهرية غير شائعة وتتسبب فى أقل من ٣٪ من المرضى المتوجهين لعيادات العلاج النفسى. وفى القرن التاسع عشر صاغ وستفال Westphalمصطلح الأمراض العصابية المتسلطة القهرية. كما أن كل من موريل، جانيت ، فرويدMorel ، Janet & Freud ناقشوا جميعهم الحالة مع بعض التفاصيل. والوساوس ببساطة : تفكير غير معقول ولافائدة منه يفرض نفسه باستمرار على شعور الفرد.إن الأعراض الأساسية لحالة الوسواس القهرى هو إحساس ذاتى بالتسلط والذى يقود الشخص ويقود مقاومته لما يعرف أنه نشاط غير ضرورى. ففى حالة الوسواس القهرى يقضى المريض معظم وقته فى غسيل يده على سبيل المثال أو إجترار الأفكار . ولكن ليس واضحا كيف أن حالات الوسواس القهرى ترتبط بما يوصف بالشخصية القهرية " الملتزمة بالنظام البالغ والضمير الحى". ولقد إقترحت إحدى الدراسات التى بحثت نماذج النوم لدى المصابين بالوسواس القهرى أن التقارير الذاتية (للنوم السطحى المتقطع) والسجلات الموضوعية كانت أعراضها مشابهة لمثيلاتها فى الإضطرابات العاطفية (Insel et al 1982) . .

أما الأفعال القهرية فهى أفعال غير مفيدة وغير معقولة يشعر الفرد أنه مجبر على القيام بها، وتتميز بالسخافة وقد تتفاقم الى حد أنها تعوق قدرة الفرد على ممارسة حياته العادية بشكل خطير، وترجع نظريات التحليل النفسى الاستجابه الوسواسية القهرية الى الاجراءات المتشددة والجامدة التى تفرض على الطفل فى فترة التدريب على عملية الاخراج فى الطفولة. فتاريخ الشخصية العصابية يكشف دائما عن اهتمام زائد بالنظام والنظافة ويميل هؤلاء الاشخاص الى المثالية المتطرفة والضمير القاسى، ويبذلون دائما جهدا ملحوظا ليقمعوا مشاعر الغضب ويكونوا عطوفين ومنصفين، ولكن الدراسة الدقيقة تكشف لنا عن بخلهم وعنادهم (كوفيل وآخرون : د. ت)

العلاج : لقد كان محل جدال (Rosen 1975) أن النظريات حول أصل العصاب القهرى هى من نوعين وربما تشير إلى نوعين من المشكلات مع متطلبات علاجية مختلفة ففي الشعور بالذنب الناتج من (أو على الأقل المرتبط بـ) التنشئة الأخلاقية فإن الهدف فى العلاج هو التقليل من الشعور بالذنب بالتدريب التوكيدى وقبول دوافع الفرد . أما مع الشعور بالقلق الناتج عن الآباء المخيفين والمستخدمين للعقاب فإن الهدف العلاجى هو الإقلال من القلق ببعض الأساليب مثل الإسترخاء، التخلص من الحساسية، وقف الأفكار، الغمر .

ما الفرق ، فى الدرجة أو النوع، بين سمات الشخصية القهرية والأعراض التسلطية القهرية الواضحة؟. لقد قيل أن المرضى ذوى السمات الشخصية القهرية يستجيبون بطريقة مختلفة لأساليب الغمر مقارنة بهؤلاء أصحاب الشخصية غير القهرية. (Rabavilas et al. 1979)

٥ - الهستيريا:

لقد صاغ كلمة هسيتريا أبقرط Hippocrates – وكان العلاج يتكون من محاولة جذب الرحم المتحرك مرة أخرى إلى مكانه السليم. وفى أحد الأوقات كان هذا السبب المزعوم يحول دون أن يصاب به الذكور . وبعد إرتباطه بالسحر، وصفت الهستيريا فى ضوء الشخصيات الثنائية والمتعددة. فالشخصية الواحدة تتبادل بوضوح مع أخرى فى نفس الجسد. ومثل تلك الأحداث الدرامية أعطت فرصة لظهور قصة" روبرت لويس سيتفن" لإزدواج الشخصية. ومثل تلك الأمثلة تبدو نادرة اليوم. إن الهستيريا التحولية هى الأكثر شيوعا إلا أنها مازالت نادرة . وهنا يكون المريض عادة تحت ضغط حاد ربما يختفى عما يحيط به لمدة ساعات ، أو أيام ، أو حتى أسابيع أو شهور . وعندما نجد أنه فقد ذاكرته عن فترة معينة ولكنه يتصرف بطريقة مقبوله وسلوك مقبول تماما . فعند بدء شخصية أو عمل جديد تظهر مسألة التظاهر. وفقدان الذاكرة هو أكثر شيوعا من تعدد الشخصيات ، أما

فى الهستيريا التحويلية فهى وسيلة للهروب من موقف لايحتمل أو تجنب حقائق مكروهة وبغيضة.

إن خصائص وسمات الهستيريا قد أدى إلى مفهوم الإنشقاقية وأول من قالها هو بريكيت Briquet (١٨٥٩) ولكن طورها بعد ذلك شاركو وجانيتCharcot & Janet . ولكى نبرر ظاهرة الهسيتريا وعملية الإنشقاق نفترض أن الخبرة والسلوك يمكن أن تتشقق وتنفصل من الشخصية الأساسية، وفى حالات نادرة تلك التشققات يمكن أن تأخذ هوية خاصة بها. وحالات الهستيريا التحويلية عضوية، ومثال على ذلك هو فقدان الإحساس فى اليد حيث نقص إحساس اليد لايتبع أمراض الأعصاب كمرض حقيقى والبعض يرى أن تنوع الأعراض (أو السلوك) فى الهستيريا ككل هى إما لجذب الانتباه أو لتجنب موقف معين، وهناك فى بعض الأحيان نقص فى الاهتمام أو الانتباه للأعراض الواضحة الحادة وهذه اللامبالاة ربما تتناقض مع الرغبة الدائمة للتحدث عن الأعراض بطريقة درامية.

إن مفهوم تشقق الشخصية تميل أن تكون مهملة نسبيا. ولكن كما قال ماك كيلر Mc Kellar (١٩٧٩) إن درجة تكامل وتوحد الشخصية فى أى فرد تتنوع وتختلف بطريقة كبيرة وأن مشاعر الفرد وأحاسيسه ربما تكون غير متناسقة داخليا مع بعضها وفى صراع.

وتنقسم الهستريا إلى تحولية وإنشقاقية أما الهستريا التحويلية فتشمل الأعراض الآتية:

أ - إضطرابات حركية : فيمكن أن يعانى المصاب بالهستريا من الشلل فى أى جزء من الأجزاء الواقعة تحت الضبط الحركى فقد ينال الشلل من أحد الساقين أو كليهما أو اليدين أو الأصابع أو فقد المقدرة على إستعمال الأحبال الصوتية أو إضطرابات فى الحلق وعملية البلع وحركات عضلية كثيرة لا إرادية كسعال أو قيئ أو تشنج عضلى يعوق التبول ويجعله مؤلما وحالات المغص والتشنج ، علما بأن الفحص الطبى يثبت أن المريض سليم جسيما.

ب - الإضطرابات الحسية : تمتد الأعراض الحسية إلى عدد من المراكز الحسية وتجعل الإدراك المعتمد على تلك المراكز مضطربا وغير ممكن فقد يشكو المريض من فقدان الحس فى يديه أو رجليه أو طرف فى جسده دون أن يمس ذلك الاضطراب المراكز الحسية فى بقية أطراف الجسد. وقد يشكو المريض من فقدان القدرة على السماع أو الشم أو التذوق أو العمى جزئيا أو كليا أو قد تظهر زيادة بالغة فى الحساسية أو حكة شديدة.

جـ - الإضطرابات الحشوية : وتشير هذه الإضطرابات إلى الإضطرابات التى تحدث فى المعدة بشكل خاص من غير أن يكون لها سبب فسيولوجى مباشر ومن هذه الأعراض مايسمى بالمعدة العصبية ، القئ الهستيرى ، ضعف الشهوة للطعام رغم وجود الحاجة ووجود الطعام . ويكثر شيوع هذه الأعراض الحشوية الداخلية فى حالات الهستيريا.

وتحدث الاستجابة التحولية فى الشخصيات غير الناضجة ، ذوات الميول الاستعراضية ، فتضخم مشكلات حياتهم وتزيدها ايلاما .. ويوضح تاريخ هؤلاء الاشخاص أنهم ينشدون دائما الحماية من الصراع الانفعالى بالهرب الى مرض جسمى أو نفسى .. وتندفع الاستجابة دائما بتشجيع عامل مساعد كصدمة أو صراع انفعالى يهدد الفرد ، ويعتمد شكل هذه الاستجابة على حادثة صغيرة أو مرض سابق (كوفيل وآخرون : د. ت).

ويذهب العديد من المحللين النفسيين أن العمى الهستيرى قد ينتج عن مشاعر الاحساس بالألم من مشهد بصرى ، وأن العجز الكلامى قد يكون عقابا على السباب الفاحش ، واليد المشلولة هى كذلك حتى لاتستخدم فى العدوان ثانية بمعنى أن الأعراض هى عملية دفاعية عن الذات تهدف الى استبعاد التوترات والألم.

أما **الهستريا الانشقاقية** فهى شكل هسترى آخر وتحدث عندما يزداد القلق عند المريض وتبدأ وظائف الشخصية فى التشقق والإنفصال عن الشخصية الحقيقية للإنسان . والأشكال الإنشقاقية للشخصية هى:

أ ـ فقدان الذاكرة : وتكون جزئية أو كلية ، والفقدان الكامل للذاكرة ينسى الشخص كل ما يتصل بماضيه بما فى ذلك إسمه ، عنوانه ، المكان الذى جاء منه ، ولاتكثر فى حالات الهستيريا .. أما الفقدان الجزئى للذاكرة فهو نسيان جزء معين من الذكريات ، فقد ينسى المريض كل الظروف المزعجة التى سبقت مباشرة ظهور الأعراض الهستيرية أو فترة معينة فى طفولته أو فجوات فى الذاكرة تتصل بأشخاص أو أماكن معينة.

ب ـ الشرود الذهنى : عدم التركيز حيث لايوجد لدى المريض الإرادة للتحكم فى سلوكه كما لو كان فى غيبوبة وقد تظل أياماً أو تستمر طويلا.

جـ تشوش الوعى : وهو عرض شائع الهذيان الهستيرى حيث يتكلم المريض كلاما غير منظم وغير مفهوم وبلهجة غير مفهومة.

د ـ الجوال الهستيرى : حيث ينسى المريض هويته لفترة من الزمن ويهرب من مكان إقامته إلى مكان آخر. فإذا ما إنتبه إلى نفسه تساءل أين هو وكيف وصل إلى ذلك المكان.

هـ إزدواج الشخصية : أى أن يكون للشخص الواحد شخصيتان أو أكثر أحيانا يتوالى وجودهما فيه ، وكل شخصية تمثل نمطا مختلفا ويظهر النمطان أو أكثر بشكل غير منتظم زمانا ومكانا.

و ـ شبه العته الهستيرى : كأن يقوم الفرد بعمل أشياء ساذجة تافهة أو ظهور حالات غيبوبة وتظهر عادة للأشخاص الذين قضوا حياتهم فى منفى كالمعتقلين السياسيين.

والواقع أن ظهور الهستيريا دفعة واحدة أمر نادر الحدوث وأن الغالب فيها أن يكون وراءها تاريخ طويل ينطوى على تطور تدريجى لردود فعل الهستيريا. ولذلك فإن ظهورها لدى شخص فى ظروف ما لايجب أن يفهم منه أنها وليدة إستعداد فسيولوجى معين أو أنها وليدة الساعة فقط بل يجب فهمها من خلال العوامل المباشرة ومن خلال خبرات سابقة تطورت تدريجيا على فترة من الزمن لدى شخص إعتادالدفاع عن نفسه ضد معاناة القلق بكبت الذكريات المؤلمة أو كبت

النزعات الجنسية أو العدوانية .. إن هذا النوع من الإعتياد هو الذى جعل التربة **صالحة لدى الشخص** لظهور الهستيريا أمام ظرف جديد وقاسى.

ومن ناحية **أخرى** يربط السلوكيون الاستجابة الهستيرية بضعف القشرة اللحائية .. وربما تنفس الغرائز كبتها فى استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ أحيانا شكل اشارة حركية (نوبة ارتعاش) أو شكل كف حركى (غيبوبة هستيرية).. (دسوقى : ١٩٧٤، ٢٥٧)

وفى جميع الحالات يسعى العلاج النفسى الى الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض .. واتاحة الفرصة للمريض لتكوين آرائه وحلوله الخاصة بالمشكلة وتمكينه من التأقلم مع البيئة المحيطه به.

كما تستخدم العلاج بالعقاقير تحت اشراف الطبيب لتخفيف حالة القلق والاكتئاب المصاحبة للسهتيريا ولرفع الروح المعنوية للمريض .

الفصل الحادى عشر

العلاج النفسى

تعريفه

العلاج النفسى منهج للعلاج يتضمن خبرة تصحيح أو اصلاح تتم عن طريق التفاعل بين معالج متخصص وواحد أو أكثر من المرضى – والهدف منه اعادة المريض الى حالة من التوافق تكون أكثر فاعلية وامتاعا ... ولكى يتحقق هذا الهدف لابد من اقامة عدة ظروف أو أحوال يظن أنها لازمة للتغير، والمناهج التى تقيم بها هذه الظروف أو الأحوال يمكن أن تسمى استراتيجيات العلاج النفسى (سوين : ١٩٧٩).

أهداف العلاج النفسى:

يبدو أن جميع أساليب العلاج تتضمن أهدافا عامة مشتركة منها:

١ - التخلص من القلق والأعراض المرضية والصراع.
٢ - تحقيق النضج الشخصى والشعور بالكفاءة ، وتكامل جوانب الشخصية المختلفة
٣ - تحسين العلاقات مع الآخرين.
٤ - الوصول الى مستوى مناسب من حيث التوافق الشخصى والاجتماعى.
٥ - اتاحة الفرصة لاعادة التعلم وتنمية الارادة والضبط الذاتى.
٦ - تنمية آمال وتوقعات المرضى.

فريق العلاج النفسى :

قد يعتقد البعض من عامة الناس أن الطبيب البشرى هو الشخص الوحيد المتخصص فى علاج كل ما يعترى الانسان من أمراض سواء كانت عضوية أو غير عضوية – وقد يصاب الفرد بانقباض اذا ما قيل له انه يجب عليه الذهاب الى عيادة نفسية رغم أن العيادة النفسية أصبحت فى المجتمعات المتقدمة كالعيادة الطبية يذهب اليها الفرد من حين لآخر للاستشارة أو للاطمئنان على حالته النفسية.

وثمة ثلاثة أنماط رئيسية للمعالجين النفسيين يطلق عليهم أعضاء الفريق العلاجى هم:

١ - **الأطباء النفسيون** : وهم أطباء تلقوا تعليما وتدريبا متخصصا فى العلاج النفسى بعد تخرجهم من كليات الطب، لذلك فهم يستخدمون العقاقير الطبية فى علاج مرضاهم.

٢ - الأخصائيون النفسيون الاكلينيكيون : وهم فى العادة حاصلون على درجة الدكتوراه فى علم النفس مع التدريب المتخصص على أساليب العلاج المختلفة وذلك بعد حصولهم على درجة الليسانس أو البكالوريوس من احدى الكليات الجامعية...

٣ - الأخصائيون الاجتماعيون النفسيون، وهم أفراد تخرجوا من كليات الخدمة الاجتماعية أو أقسام الاجتماع بالجامعات ، ثم تلقوا تعليما خاصا – قد يصل الى الماجستير – فى علم النفس ، وكذلك تدريبا متخصصا فى العيادات النفسية على دراسة الحالة ، وتطبيق الأختبارات النفسية، والتشخيص النفسى، وممارسة بعض أساليب الارشاد النفسى.

طرق العلاج النفسى

على الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون فى أحد أساليب العلاج النفسى مثل : التحليل النفسى ، أو العلاج السلوكى، أو العلاج المعرفى، أو العلاج الممركز حول العميل، أو العلاج الجشطلتى... الا أن معظم المعالجين النفسيين اليوم يركنون الى الأسلوب الانتقائى فى العلاج، بمعنى : إنهم يستعرضون مختلف الأساليب المتاحة ويختارون من بينها مايتناسب مع حالة المريض الذى يقومون بعلاجه. وقد يقابل المعالج المريض فى جلسات فردية خاصة أو فى جماعة أو فى الأسرة ... والمعالجون قد يقابلون العملاء فى المستشفيات ، أو يقابلونهم فى المنازل أو فى أماكن عملهم..

ونستعرض فيما يلى بايجاز بعض طرق العلاج النفسى للتعريف بها.

أولا: العلاج بالتحليل النفسى: Psychoanalysis

التحليل النفسى هو أشهر الطرق العلاجية المتخصصة الشاملة طويلة الأمد... يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة فى اللاشعور : من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متصارعة، وانفعالات عنيفه وصراعات شديدة سببت المرض النفسى – واستدراج هذه الخبرات الى حيز الشعور عن طريق التداعى الحر، ومساعدة المريض فى حلها فى ضوء الواقع، والاستبصار، واحداث التغير الصحى فى بناء الشخصية.

وهناك اتجاهان فى التحليل النفسى:

- التحليل النفسى الكلاسيكى الذى أرساه سيجموند فرويد.
- التحليل النفسى الحديث الذى أدخله اتباع فرويد وتلاميذه من تعديلات على النظرية الفرويدية مثل أنا فرويد (ابنته) ، ويونج، وأدلر، وهورنى، وفروم ، وسوليفان، ورانك..



سوليفان **كارل يونج** **ألفريد ادلر**



أنا فرويد



كارين هورنى

خطوات عملية التحليل النفسى ومحتواه:

١ - الاعداد:

- اعداد المعالج ، اذ يجب أن يكون المعالج مؤهـلا وخبيرا بـالتحليل النفسـى، ومن المستحسن أن يكون هو نفسه قد سبق تحليله نفسيا، كما يجب أن يتسم بالذكـاء وسـرعة البديهـة، وأن يتـأكد المعـالج مـن أن المريـض ومرضـه يصلحان للتحليل النفسى.
- يبدأ التحليل النفسى باعطاء المريض معلومـات أساسية عن عمليـة التحليل واجراءاتها مثل : الجلسات ، والوقت ، وسائل التحليل وأهدافه، وأن العمليـة العلاجية قد تستغرق عاما أو عامين، وأن الجلسة الواحده تتراوح مابين ٤٥ دقيقه وساعة ، وأن الطريقه الكلاسيكية للتحليـل بـأن يسـتلقى المريـض علـى سرير التحليل ويسترخى ، ويركز انتباهه ومشاعره الداخلية، ويسترسـل فـى الكلام، بينما يجلس المعـالج خلـف المريـض ينصـت ويلاحـظ ويفسـر – وان كان بعض التحليليين يبيحون التحليل وجها لوجه بين المعالج والمريض.

٢- العلاقه العلاجية الدينامية:

تتركز أهمية العلاقـة العلاجيـة الديناميـة بيـن المعـالج المريـض فـى التحليـل النفسى فيما يلى:

- أن يتقبل المعالج المريض حتى يتقبل نفسه.
- أن ينتبه المعالج لكل شئ ، وأن يكون متسامحا لايوجه أى نقد الى المريض ولايتخذ دور الرقيب أو الناصح ، وأن يكون مستقبلا حساسا للمواد التى تستدرج من لاشعور المريض وتطفو على سطح شعوره .
- أن يكون بمثابة مرآه تعكس بدقة ووضوح ما يعرض عليها من دوافع واتجاهات ومشاعر المريض، وأن يجيد الاصغاء والانتباه والملاحظة والفهم والمشاركة الانفعالية.

وبذلك : يتمكن المريض من تحقيق ذاته ويتحمل المسئولية تجاه نفسه ويصبح أكثر قوة ، وأقدر على أن تكون مشاعره صادقة مع غيره.

٣- التنفيس الانفعالى:

- كان فرويد يستخدم أول الأمر التنويم الايحائى ، ثم لجأ الى الايحاء فى اجراء التنفيس الانفعالى، واستدراج محتويات اللاشعور الى حيز الشعور.
- يقوم المعالج بحث المريض على تذكر الحوادث والخبرات الماضية واسترجاع الدوافع والذكريات المنسية والصراعات اللاشعورية بمصاحباتها الانفعالية...

وقد اعتبرت عملية التنفيس الانفعالى بمثابة تفريغ وتطهير انفعالى تختفى معه أعراض العصاب.

٤- التداعى الحر:

التداعى الحر هو الوسيلة الأساسية فى التحليل النفسى لاستخراج الأفكار والخبرات والأحداث المرتبطة بخبرات وأحداث سابقة تتصل بدورها بأفكار وخبرات وأحداث مكبوتة فى اللاشعور – وبذلك يتم استدارجها الى حيز الشعور.

ويقوم المحلل بتفسير ما يكشف عن التداعى الحر من مواد وخبرات وعلاقتها بخبرات الطفولة لدى المريض ومشكلاته فى الوقت الحاضر– مما يساعده على الاستبصار بهذه المواد والخبرات التى لم يكن يعيها.

٥ ـ عملية التحليل:

أ – تحليل التحويل:

فى أول عملية التحليل يكون موقف المريض من المحلل محايدا .. وقد لاحظ فرويد أن مشاعر المريض تجاه المحلل تتعرض لأنواع شتى من التحويل:

* فقد يضع المريض المحلل فى دور خاص يفتقر اليه فى حياته – ويعتبر خلو حياته من هذا الدور جزءا من اضطرابه مثل دور المحب، أو المحبوب.
* وقد تصطبغ مشاعر المريض تجاه المحلل بالكراهية أو بالغضب أو الغيرة أو الخوف أو العدوان.

وقد اعتقد فرويد : أن المحلل ليس هو المقصود بهذه المشاعر، ولكن المقصود بها لابد وأن يكون شخصا آخر، وما المحلل الا رمزاً يرمز اليه.. هذا الشخص الآخر قد يكون : والد، أو أخ ، أو زوج ، أو صديق ، أو حبيب...الخ.

وقد أطلق على التحويل من النوع الأول (التحويل الايجابى)، والتحويل من النوع الثانى (التحويل السالب).. وهناك نوع ثالث أطلق عليه التحويل المختلط حيث تتسم مشاعر المريض تجاه المحلل بالتناقض بين الحب والكراهية.

ويقوم المعالج النفسى بتسجيل تحويلات المريض، ويقوم بتحليلها لصالح عملية العلاج، كما يقوم بتعريف المريض بهذه التحويلات فى الوقت المناسب، ويوضح له أسبابها وأنها لاصلة لها بشخص المحلل ، كما يعلمه السلوك الانفعالى الايجابى المنضبط .. ومع زيادة الثقة فى المحلل تختفى أعراض المريض، وبتخلص من القلق وهذا ما يعرف باسم علاج التحويل... وقد يستخدم المعالج طريقة العلاج الجماعى حتى يتخلص المريض من هذه التحويلات.

ب – تحليل المقاومة:

- لاحظ فرويد أن المريض أثناء التداعى الحر قد يبدى مقاومة لاشعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة الى حيز الشعور.. وتكون بمثابة قوة مضادة لتقدم عملية التحليل واستمرار العلاج .. ومن مظاهرها:

- الإمتناع عن الكلام ، أو الصمت ، أو الكلام بصوت غير مسموع ، البطء، أو التوقف أثناء التداعى، الاسترسال فى موضوع واحد دون غيره، توجيه أسئلة غير مناسبة للموضوع، الانصراف عن المحلل، وعدم الاصغاء اليه، اللجلجة وفلتات اللسان، الملل والضيق وظهور علامات القلق، والميل الى النوم، التشكك فى قيمة العلاج بالتحليل، الحضور متأخرا أو تناسى مواعيد الجلسات."

- من أسباب المقاومة : وجود التحويل السلبى العدوانى، أو وجود مكاسب ثانوية من وراء المرض، أو وجود رغبة لدى المريض للبقاء فى حالة المرض أو رغبة فى تحطيم الذات..
- دور المعالج : هو تحليل المقاومة ، واضعافها والقضاء عليها، ولفت نظر المريض اليها، وإقناعه بأن تحويلها من مقاومة الى تعاون يكون فى صالحه حتى تسير عملية التحليل نحو تحقيق أهدافه العلاجية.

جـ - تحليل الأحلام:

- اعتبر فرويد أن الأحلام هى الطريق للوصول الى المواد المكبوتة فى أعماق اللاشعور وتعبر الأحلام عن دوافع أو رغبات مكبوتة تحول الأوضاع الاجتماعية دون تحقيقها، ولكنها تظهر فى الأحلام فى صورة رمزية.

ويقول فرويد : أن الانكار فى حالة اليقظة يكون مسيطرا أو مراقبا للهو وللاشعور وتتعطل هذه الوظيفة أثناء النوم مما يسمح للهو بشئ من الحرية، وللمواد اللاشعورية بامكان الافلات والافصاح عن نفسها فى الأحلام..

- وقد ميز فرويد فى محتوى الحلم بين مضمونين:

* المحتوى الصريح أو الظاهرى : وهو ما يرويه الحالم ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة.
* والمحتوى الكامن أو الباطنى : وهو ما يحاول المحلل الوصول اليه.

أما عن طريقة تحليل المحتوى الكامن .. فقد أشار اليها فرويد بعملية اخراج الحلم.. ويتم الاخراج من خلال:

- التكثيف : أى تكوين وحدات جديدة من العناصر المنفصلة فى الحلم ، وادماج العناصر المتشابهة ، وحذف العناصر غير الضرورية فيه.
- النقل : وهو رؤية أو نقل سمات من شخص لآخر ، أو نقل التأكيد من عنصر الى آخر.
- الاخراج المسرحى : أى تحويل الأفكار الى صور عقلية سمعية بصرية كما لو كانت فيلما سينمائيا.
- التعبير الرمزى : أى ظهور الموضوعات والمواقف فى صور رمزية لاتسبب الألم.

وقد اختلفت المدارس التحليلية فى تفسيرها لدلالات الأحلام : فقد اعتبرها يونج بمثابة تعتبر لا ارادى لعملية نفسية لاتخضع لضبط الشعور ... واعتبرت هورنى الأحلام بمثابة وسيلة لزيادة البصيرة حول الحالة والكشف عن اتجاهات المريض وصراعاته.

وعلى هذا الأساس :

فان من الضرورى فى جميع الأحوال أن يطلب المحلل من المريض أن يروى له آخر حلم رآه ، وتعليقه عليه ، وأن يلاحظ انفعالاته أثناء الرواية والتعليق، ويسأله عما تثيره مواقف الحلم وشخصياته من ذكريات لدى المريض..

ويستعين المحلل بالتداعى الحر، والأسئلة لاستجلاء غوامض الحلم، ويستعين فى تأويل الحلم وتفسير رموزه بالمريض نفسه.. واذا انتقل المريض من حلم الى آخر يتركه المحلل ويحاول ملاحظة العناصر المشتركة بين الأحلام ... وبذلك : فان تحليل الأحلام له أهمية فى التعرف على المحتوى الكامن لصراعات المريض.

٦ ـ **التفسير التحليلى :**

بعد عملية التداعى والتنفيس ، وتحليل التحويلات والمقاومات والأحلام يقوم المعالج بعملية التفسير التحليلى لما ينكشف خلال العمليات السابقة بهدف احداث تغيير فى معرفة المريض ومشاعره تجاه نفسه، وكشف صراعاته، والمساعدة فى حلها، واحداث تغير فى سلوكه وتنمية بصيرته، وابعاد القلق.

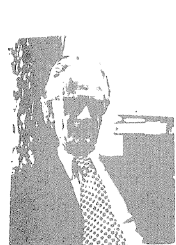
ويعتقد بعض المحللين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن تورية لأشياء أخرى، وعلى المحلل تفسير المعانى الكامنة وراء ذلك بطريقة منطقية ومقبولة تساعد المريض على اكتساب استبصار بحالته.

٧ ـ **التعلم واكتساب العادات :**

يعتبر التعلم واكتساب العادات خطوة ضرورية فى التحليل النفسى من أجل تغيير اتجاهات المريض وتنمية بصيرته .. واحداث تغيير فى بنية الأنا والاستبصار بالمشاعر المكبوتة والصراعات غير المحولة واعادة التنظيم الانفعالى. ويوصى أدلر باعادة تعليم وتوجيه الطفل المشكل وخاصة علاقته بالوالدين.. وترى هورنى أن التحليل هو اعادة تربية وتعليم وخاصة فى مجال المشكلات الأخلاقية .. ويرى سوليفان أن التحليل عملية تنظيم للأنماط السلوكية للمريض.

ثانيا: العلاج السلوكى Behaviour Therapy

هو أسلوب علاجى يستخدم مبادئ وقوانين التعلم الاشراطى والاجرائى والتعزيز التى توصل اليها علماء هذه المدرسة وعلى رأسهم بافلوف، واطسون ، ثورانديك ، هل ، سكنير ، باندورا...الخ . لحل وعلاج المشكلات والاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن، وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل فى الأعراض، وتنمية السلوك الارادى السوى لدى الفرد..



سكينر



باندورا



واطسون

ويقوم العلاج السلوكى على عدة افتراضات :

١ ـ أن معظم السلوك الانسانى متعلم ومكتسب.

٢ ـ لايختلف السلوك المتعلم المضطرب عن السلوك المتعلم السوى، الا فى كونه سلوك غير متوافق.

٣ ـ يحدث السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر لخبرات معينة، مما يؤدى الى حدوث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.

٤ ـ زملة الأعراض النفسية غير السوية هى عبارة عن تجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

٥ ـ العادات السلوكية المرضية يمكن تعديلها الى عادات سوية اذا وضعت فى بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى.

اجراءات العلاج السلوكى :

تسير عملية العلاج السلوكى على النحو التالى:

١ ـ تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره : وذلك من خلال المقابلة العلاجية، والاختبارات والمقاييس النفسية والتقارير الذاتية التى يمكن بواسطتها التعرف على الأعراض السلوكية المضطربة (كالمخاوف المرضية مثلا).

٢- تحديد الظروف التى يحدث فيها السلوك المضطرب : وكل ما يرتبط به من خبرات وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب (ففى حالة الخوف يجب الانتباه الى المناسبات التى تسبق الشعور بالخوف، والظروف التى يشعر فيها المريض بالخوف، والأحداث التى تتبع حدوث الخوف).

٣ - اختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.

٤ - اعداد جدول لاعادة التدريب : وذلك بتخطيط خبرات يتم فيها اعادة التدريب يتم خلالها وضع المريض فى ممارسة معدلة بحيث تغير من خلالها السلوك ويتم تعديل السلوك المطلوب.

٥ - تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التى يحدث فيها السلوك المضطرب (مثل عدم القدره على التفاعل مع الآخرين للخوف منهم).

٦ - تعديل الظروف البيئية : وذلك لتقليل حدوث السلوك المضطرب وزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب.

٧ - ينتهى العلاج عند النقطه التى يتم فيها الوصول الى السلوك المعدل السوى المنشود.

أساليب العلاج السلوكى :

١ - التحصين التدريجى :

ويتضمن هذا الأسلوب التعويد التدريجى المنتظم .. وفيه يتم التعرف على المثيرات التى تستثير استجابات شاذة ، ثم يعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات وهو فى حالة استرخاء بحيث لاتنتج الاستجابة الشاذة .. ومن أمثلة حالات استخدامه : حالات الخوف المرضى الذى يكون قد اكتسب مرتبطا بشئ معين أو حادثة معينة .



التحصين التدريجى والنمذجة لعلاج فوبيا الثعابين

وقد قام لانج بابتكار جهاز للتحصين التدريجى الآلى ضد الخواف باستخدام الكمبيوتر حيث يحدد المعالج مثير الخوف، ثم خبرات مبرمجة تتضمن المثير فى حالات متدرجة بالنسبة لاثارة الخوف، ثم يتعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف وفى ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف وهو فى حالة استرخاء بحيث لاتنتج استجابة الخوف، ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج من الشدة، حتى يتم الوصول الى أن المستويات العالية من شدة المثير لاتستثير الاستجابة الشاذه السابقة .. فاذا حدث وأن أدى المثير الى حالة الخوف يتم

الضغط على زر أخضر موقف المثير .. وفى جميع الحالات يتم تسجيل البيانات الفسيولوجية عن التبعية والتنفس...الخ.

- الكف المتبادل:

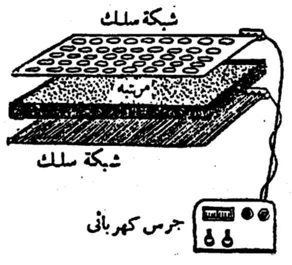
يقوم أسلوب الكف المتبادل على أساس وجود بعض أنماط السلوك المتنافر غير المتوافق مع بعضه البعض.

والهدف منه كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما واحلال استجابة متوافقه محل الاستجابة غير التوافقية.

ومن أهم الأمثلة : استخدام أسلوب الكف المتبادل فى علاج البوالى الليلى- حيث المطلوب كف النوم (حيث يحدث الاستيقاظ والتبول) وكف البوال (باكتساب عادة الاستيقاظ)- أى أن كف النوم يكف البوال ، وكف البوال يكف النوم بالتبادل...

وبتكرار عملية الكف المتبادل لمدة حوالى شهر الى ثلاثة أشهر تمحى عادتان قديمتان (الاستغراق فى النوم والبوال) وتتكون عادتان جديدتان (الاستيقاظ والتوجه الى دورة المياه للتبول).

ولقد تم اختراع مرتبة كهربائية يؤدى نزول أول قطرة ماء عليها الى اغلاق الدائرة الكهربية الموصلة بجرس، فيدق الجرس فيستيقظ الطفل.



المرتبة الكهربائية لعلاج التبول اللاارادى

٣ـ الاشراط التجنبى :

وفى هذا الأسلوب يتم تعديل سلوك المريض من الاقدام الى الاحجام والتجنب .. ويستخدم الاشراط التجنبى فى علاج الكثير من الانحرافات السلوكية ومنها الادمان:

ففى علاج ادمان الخمر تستخدم مثيرات منفرة مثل العقاقير المقيئة (كمثير غير شرطى) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع تعاطى الخمر كمثير شرطى وتستثير استجابة غير مرغوبة (التقيؤ) .. وعندما يكتسب الخمر (المثير الشرطى) خصائص التنفير وينتج عنه القيئ (الاستجابة الشرطية) يتجنب المريض شرب الخمر.

وقد أدخلت تعديلات على هذا الأسلوب باستخدام شريط مسجل عليه بتكرار عبارات مثل: "الخمر يجعله يتقيأ " ، ويلى ذلك أصوات تقيؤ.

٤ـ التعزيز الموجب (الثواب)

وفى هذا الاسلوب يتم إثابة الفرد على السلوك السوى المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه الى تكرار نفس السلوك اذا تكرر الموقف .. وتضم أشكال الثواب أى شئ مادى أو معنوى يؤدى الى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب (كالطعام والحلوى والنقود والمدح والاحترام والدرجات ... الخ) .. وهذا الثواب يشجعه تعلم السلوك المرغوب.

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح فى علاج حالات فقد الشهية العصبى وحالات السلوك المضاد للمجتمع.

٥ ـ الخبرة المنفرة (العقاب)

فى هذا الأسلوب يعرض المريض لعقاب (علاجى) كخبرة منفرة اذا قام بالسلوك غير المرغوب، وذلك لكفه ووقفه كلية ... ومن أشكال العقاب العلاجى ما يكون ماديا وجسميا (كالضرب الخفيف، أو صدمة كهربائية)

وقد استخدم هذا الأسلوب فى علاج اضطرابات الكلام خاصة اللجلجة بأن يتبع كل كلمة ملجلجة ضوضاء عالية أو صدمة كهربائية ، كما استخدمت نفس الطريقة فى علاج اللزمات الحركية كهز الكتفين أو حركات الوجه والعينين.

٦ ـ تدريب الاغفال (الانطفاء)

وفى تدريب الاغفال يحاول المعالج تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة وذلك باغفالها وعدم تعريض المريض لأى نتائج على الاطلاق وهذا يشبه الانطفاء .. أى أن حدوث الاستجابه المرغوبة يؤدى الى غياب الثواب والتعزيز وحدوث الانطفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز.

وقد استخدم ذلك فى علاج الاضطرابات السيكوسوماتية ومنها : التهاب الجلد العصبى، كما استخدم فى علاج نوبات الغضب ، وفى تسهيل التعلم.

ثالثا : العلاج النفسى الممركز حول العميل:

صاحب هذه الاستراتيجية العلاجية عالم النفس الشهير كارل روجرز Rogers وأطلق عليها منهج الارشاد غير المباشر Nondirective Counseling الذى تطور فيما بعد ليعرف باسم العلاج الممركز حول العميل.

كارل روجرز

وينطلق روجرز من نظرته للانسان على أنه عقلانى، اجتماعى، يتحرك للأمام، واقعى، وأن البشر متعاونون، بناء ون ، يمكن الوثوق بهم وبامكانهم أن يعايشوا ويخبروا عن وعى العوامل التى تسهم فى عدم توافقهم.. وأن الميل الى التوافق هو ميل نحو تحقيق الذات. Self-actualization

ويعتبر **مفهوم الذات** هو المحور الأساسى الذى يدور حوله تشكيل ونمو الشخصية فهو يعتبر بمثابة الصورة التى يكونها الفرد عن نفسه ودرجة تقويمه وحكمه على هذه الصورة فيما يندرج تحت الحاجة للاعتبار

الذاتى (التقدير الذاتى) والحاجة للاعتبار الايجابى من الآخرين .. ومن ثم : فان الاضطراب النفسى ينشأ عندما يقف حائل بين الفرد وحاجته للاعتبار الايجابى من جانب الآخرين مما يضطره الى انكار جانب من خبراته ومحاولة ابعادها وتشويه الواقع – بمعنى : عدم التطابق incongruency بين الذات والخبرة ، مما يجعل الفرد غير متوافق Maladjusted أو معرضا للقلق والتهديد ، ومن ثم يسلك سلوكا دفاعيا - Defensive أى أن القلق ينشأ عندما يستشعر الفرد الخبرة على أنها غير متسقة مع بنية الذات لديه (الشناوى : ١٩٩٤)

ومن ثم : فان العلاج الممركز حول العميل يسعى الى عملية اعادة الاندماج من خلال مساعدته على ادراك ذاته الحقيقية، وأن يعيش فى ظلها، ويتم ذلك من خلال اتاحة الفرصة للعميل كى يعيش المشاعر التى سبق له أن رفض الاعتراف بأنها جزء من حياته .. ويتم ذلك عن طريق تقبل المعالج للعميل تقبلا ايجابيا غير مشروط، حيث يتميز المعالج بالدفء ، ويتجنب اصدار الأحكام أو توجيه اللوم أو النقد، ويستمر فى احترام العميل مهما حدث منه من قول أو فعل، وهذا ما يحتاج اليه العميل بالضبط لكى يتغير من حياة تتضمن تحكم الآخرين فى سلوكه وتفكيره الى حياة يشعر فيها بحريته فى التعبير عن رغباته وأفكاره.

ويرى أصحاب نظرية العلاج الممركز حول العميل أنه اذا توفرت هذه الشروط فان نتائج العلاج تجعل الفرد أكثر انفتاحا على خبرته ، وأكثر ملامسة لها ولذاته ، وينتهى به الموقف أن يصبح معياره للحكم على الخبرة هو معيار داخلى غير شروط بشروط من الخارج ... ويلخص روجرز ذلك فى جملة واحدة: "اذا استطعت أن أوفر للعميل (المريض) نوعا معينا من العلاقة، فانه سيكتشف فى نفسه امكانية استخدام هذه العلاقة للنمو والتغير ، ومن ثم فان النمو الشخصى سيحدث " (باترسون، ١٩٩٠)

رابعا : العلاج المعرفى:

يركز العلاج المعرفى على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك – حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية ادراكه وتفسيره ، والمعنى الذى يعطيه لحدث ما. ويسلم العلاج المعرفى بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد الى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به – ومن ثم : فان اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة مايصحبها طرقا غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة .. ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض ، واعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه (عبد الستار ابراهيم : ١٩٨٣).

ولقد ظهرت فنيات علاجية متنوعة فى اطار العلاج المعرفى نذكر منها :

العلاج المعرفى الذى أرساه آرون بيك: Beck

حيث يسلم بيك بأن المريض بستحدث رأيا عن نفسه وعن العالم وعن الماضى والحاضر والمستقبل تجعل عقله مغمراً بمعارف ومقدمات خاطئة، والنزوع إلى الخبرات الخيالية المشوهة، زيبرر الانحراف الحاد فى البناء المعرفى فى حالة الاضطرابات النفسية..



آرون بيك

ويذهب بيك الى أن الأفكار التلقائية التى ينتج عنها التشويه المعرفى – تظهر فى:

١ - التمثل الشخصى وتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية (ذاتية).
٢ - التفكير المستقطب أى أن المرضى يفكرون بصورة متطرفة بين طرفين متباعدين.
٣ - الاستنتاج التعسفى (غير المنطقى).
٤ - المبالغة فى التعميم.

٥ ـ التضخم والتحجيم.

٦ ـ العجز المعرفى.

ومن ثم : فان أهم أهداف العلاج المعرفى من وجهة نظر بيك هى تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقى ، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق ، والتعامل مع المشكلات والمشاركة فى تخفيفها. معتمدا على عدة أسس أهمها : المشاركة العلاجية ، وتوطيد المصداقية مع المريض ، واختزال المشكلة التى يعانى منها المريض، ومعرفة كيفية التعلم فى حل المشكلة التى تواجه المريض – ومن ثم : فان فنيات العلاج المعرفى عند بيك تعتمد على اتجاه عقلانى، وآخر تجريبى، وثالث سلوكى من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية، وملء الفراغ المعرفى، وايجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، وحمل المريض على اختبار الواقع وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على (يجب – لابد) وصولا الى رؤية الواقع بصورة ايجابية.

أما فيكتور رايمى Raimy فانه يستند على فنيات فى العلاج المعرفى معتمدا على فرض **المفهوم الخاطئ** – أى أن الاضطرابات النفسية هى نتيجة لمعتقدات أو اقتناعات خاطئة يتبناها المريض بشكل قاسى وغير موضوعى حول ذاته مما يدفع به الى سلوك غير متعقل يؤدى الى انهزام الذات .. والهدف من العلاج هو تغيير التصورات الخاطئة لدى المريض وتصحيحها أو تعديلها أو تغييرها مما يؤدى الى زوال جوانب سوء التوافق لديه .. ويستخدم المعالجون بطريقة رايمى فنيات أربع لعلاج مرضاهم تبدأ بمحاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة التى تحكم السلوك غير المرغوب وتغييرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المريض على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية، ثم محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التى يتبناها المريض، وتشجيع المريض على الاثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقاته بالآخرين ، وأخيرا اعطائه الخبرة البديلة ازاء تصوراته ومفاهيمه الخاطئة.

وعلى المريض : القيام بالمراجعة المعرفية لأفكاره وادراك العلاقة بين المعرفة والانفعال، والاستبصار والاعتراف بالتصورات الخاطئة.


ألبرت إليس

وقد أرسى ألبرت إليس Ellis اتجاها آخر في العلاج المعرفي أطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي يستند على معادلة مبسطة أطلق عليا نظرية ABC اذ يفترض أنه حين تتبع عاقبة (نتيجة) مشحونه انفعاليا emotional consequence (c) حدثاً منشطاً دلاله Activing event - فان (A) قد يبدو أنه السبب في العاقبة النتيجة(C) ولكنه ليس كذلك في الحقيقة انما والعواقب الانفعالية يخلقها الى حد كبير النظام العقائدى للفرد - Belief system (B) ومن ثم يدور الفرد فى حلقة مفرغة من الأحداث والمعتقدات المرتبطة بها ، ثم النتائج المشحونه انفعاليا.

ويذهب إليس الى وجود احدى عشرة فكرة غير عقلانية يعتبرها مسئولية عن العصاب هى:

١ - يجب أن يكون الانسان محبوبا دائما.

٢ - يجب أن يكون الشخص أكثر كفاءة وأنجازا.

٣ - وصف الناس بالشر والوضاعة.

٤ - من النكبات أن تسير الأمور على غير ما يريده الانسان.

٥ - تنتج تعاسة الانسان من الظروف الخارجية.

٦ - الأشياء الخطره سببا للانشغال البالغ.

٧ - ضرورة تفادى الصعوبات والمسئوليات الشخصية.

٨ - ضرورة أن يستند الفرد الى آخرين لمساعدته.

٩ - أن الخبرات المتصلة بالماضي هى المحدد للسلوك الحاضر.

١٠ - أن يحزن الفرد لما يصي الآخرين من مشكلات.

١١ - يجب أن يكون هناك حل صحيح وكامل لكل مشكلة.

ويرى إليس أن الأفراد المضطربين يعانون من التعاسة لأنهم لايستطيعون تحقيق أمنياتهم بسبب ما يفرضونه على أنفسهم من حتميات ترتبط بعبارات مثل : (ينبغى – يجب ، من المفروض ... الخ).

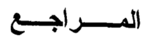
وعلى هذا فان العلاج العقلانى الانفعالى يسعى الى تقليل القلق أو قهر الذات، وتزويد المريض بالطرق التى تمكنه من التحليل المنطقى لأفكاره معتمدا على عدة فنيات منها:

- أساليب معرفية : تسعى الى تخلى المريض عن طلب الكمال، والفصل بين معتقداته اللاعقلانية وذاته ومشكلاته، اعادة تمحيص الأفكار، تقديم الشرح والمعلومات.
- أساليب تدعيمية مساندة تقوم على : التحويل ، اشباع المطالب ، والتخلى عن المطالبة ، والسحر.
- أساليب انفعالية اظهارية تقوم على التقبل ، لعب الدور، النمذجة، الوعظ العاطفى، الفكاهة والمرح، مهاجمة مشاعر الخزى والدونية، المواجهة الانفعالية.
- أساليب سلوكية : فى صورة – واجبات منزلية ، الاشراط الاجرائى، الاسترخاء، الخيال العاطفى العقلانى .

وأخيرا: عرض دونالد ميتشنبوم Meichenbzum اتجاها علاجيا معرفيا سلوكيا يقوم على عدة فنيات أهملها:

- فنيات التقدير السلوكى المعرفى : من خلال المقابلة الاكلينيكية والاختبارات السلوكية.
- وفنيات ادخال العوامل المعرفية فى تعديل السلوك من خلال : اشراط تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية، والنمذجة، والاشراط المضاد.
- ثم أساليب التحصين ضد الضغوط : بالتعريف بردود الفعل المصاحبة للمواقف الضاغطة ، والتزود بأساليب المواجهة ، ومزاولة التدريب*

* لمزيد من التفلصيل يراجع كتاب: العلاج المعرفى بين النظرية والتطبيق (للمؤلف).



المـــــراجـــع

المراجع

١ ـ أحمد عبدالخالق : **استخبارات الشخصية** مقدمة نظرية ومعايير مصرية، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٠.

٢ ـ أحمد عكاشة : **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة : الأنجلو المصرية، ١٩٨٠.

٣ ـ ارنست هوفمان : **عصر علم النفس** ، ترجمة محمد ابراهيم زايد، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٧٢.

٤ ـ الجمعية المصرية للدراسات النفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية : **الميثاق الأخلاقى للمشتغلين بعلم النفس فى مصر**، القاهرة، ١٩٩٥.

٥ ـ الجمعية المصرية للطب النفسى : **دليل تشخيص الأمراض النفسية**، القاهرة: دار عطوة للطباعة ، ١٩٧٩

٦ ـ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : **الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع (بحث ميدانى)** ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٧٤.

٧ ـ أندرو و . براون : مناهج البحث ووسائله فى علم النفس الاكلينيكى، ترجمة صبرى جرجس ، (فى) **مناهج البحث فى علم النفس**، اشراف : يوسف مراد، القاهرة : دار المعارف ، ط٢، ١٩٦٨.

٨ ـ أوتو فينخل : **نظرية التحليل النفسى فى العصاب** ، ترجمة صلاح مخيمر، عبده رزق (٣ أجزاء) القاهرة : الأنجلو المصرية ، ١٩٦٩

٩ ـ برونو كلوبفر ، هيلين دافيد سون : **تكنيك الرورشاخ**، ترجمة سعد جلال (وآخرون)، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٥.

١٠ ـ جوليان روتر : **علم النفس الاكلينيكى** ، ترجمة عطيه محمود هنا، مراجعة: محمد عثمان نجاتى ، القاهرة : دار الشروق ، ١٩٨٤

١١ ـ حسن مصطفى عبد المعطى : العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين، **رسالة دكتوراه** (غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق، ١٩٨٤.

١٢ – ــــــــــــــ: **دراســة كلينيكيــة متعمقــة لشــخصية المرضــى السيكوسوماتيين**، **المؤتمر الخامس لعلم النفس فى مصر**، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ١٩٨٩

١٣ ـ ــــــــــــــ: **البناء النفسى لشخصية أبناء المرضى النفسيين دراسة كلينيكية** ، مجلة كلية التربية جامعة أسيوط ، العدد ١٠، المجلد الثانى، يونية ١٩٩٤.

١٤ ـ ــــــــــــــ: **دراسة كلينيكية لشخصية مريض الصرع باستخدام منهج دراسة الحالة** ، التربية المعاصرة، العدد ٢٣، سبتمبر ١٩٩٤.

١٥ ـ ــــــــــــــ: **الأثر النفسى لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين**، مجلة علم النفس، العدد ٩ ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٩

١٦ ـ ــــــــــــــ، **ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية**، مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق، العدد ١٩، ١٩٩٢.

١٧ ـ حسن مصطفى عبد المعطى، راوية دسوقى : **أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى متعاطى الأفيون ـ دراسة سيكومترية كلينيكية**، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد ١٨ يونية ١٩٩٣.

١٨ ـ حامد عبد السلام زهران : **الصحة النفسية والعلاج النفسى**، القاهرة، عالم الكتب ، ١٩٧٤.

١٩ ـ ـــــــــــــــــــ: **التوجيه والارشاد النفسى**، ط٢، القاهرة: عالم الكتب، ١٩٨٠.

٢٠ ـ روبرت أ. وطسن : علم النفسى الاكلينيكى، ترجمة صبرى جرجس، (فى) **ميادين علم النفس النظرية والتطبيقيه** ، اشراف يوسف مراد، المجلد الثانى، القاهرة: دار المعارف، ط٣، ١٩٦٩.

٢١ ـ ريتشارد. م . سوين : **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة : دار النهضة العربية، ١٩٧٩

٢٢ ـ روكلان موريس : **تاريخ علم النفس**، ترجمة : على زيعور، ومقلد، بيروت: دار عويدات، ١٩٧٧

٢٣ ـ سامية القطان : **كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية**، (الجزأين الأول والثانى)، تقديم ومراجعة صلاح مخيمر، القاهرة : الأنجلو المصرية، ١٩٧٩، ١٩٨٣.

٢٤ ـ سعد جلال : **فى الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية**، القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٧٠.

٢٥ ـ س. هـ . باترسون : **نظريات الارشاد والعلاج النفسى**، ترجمة : حامد الفقى، القسم الثانى، الكويت : دار القلم، ١٩٩٠.

٢٦ ـ سيد غنيم ، هدى برادة : **الاختبارات الاسقاطية** ، القاهرة: در النهضة العربية، ١٩٧٥.

٢٧ ـ شيلدون كاشدان : **علم نفس الشواذ**، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة : دار الشروق، ١٩٨٤.

٢٨ ـ صفوت فرج : **القياس النفسى**، القاهرة : دار الفكر العربى، ١٩٨٠.

٢٩ ـ صلاح مخيمر : **المدخل الى الصحة النفسية**، ط٣، القاهرة: الانجلو المصرية، ١٩٧٩

٣٠ ـ ـــــــــــــــــــ: **المفاهيم المفاتيح فى علم النفس**، القاهرة: الانجلو المصرية، ١٩٨١.

٣١ ـ عبد الرحمن عيسوى : **علم النفس فى الحياة المعاصرة**، القاهرة : دار المعارف، ١٩٨٠.

٣٢ ـ ـــــــــــــــــــ: **الإرشاد النفسى**، الاسكندرية: دار الفكر الجامعى، ١٩٩٠.

٣٣ ـ عبد الستار ابراهيم : **العلاج النفسى الحديث قوة للانسان**، القاهرة: مكتبة مدبولى ، ١٩٨٣.

٣٤ ـ ـــــــــــــــــــ، **علم النفس الاكلينيكى مناهج التشخيص والعلاج النفسى**، الرياض: دار المريخ للنشر، ١٩٨٨.

٣٥ ـ عطوف محمود ياسين : **علم النفس العيادى (الاكلينيكى)**، بيروت: دار العلم للملايين، ١٩٨١.

٣٦ ـ علاء الدين كفافى : **الصحة النفسية**، القاهرة : هجر للطباعة والنشر والتوزيع والاعلان، ط٣، ١٩٩٠.

٣٧ ـ فؤاد أبو حطب، سيد عثمان : **التقويم النفسى**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٦.

٣٨ ـ فيصل عباس : **إشكالات المعالجة النفسية** ، بيروت : دار الميسرة، ١٩٨٣.

٣٩ ـ لويس كامل مليكة : **علم النفس الاكلينيكى (التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الاكلينيكية)** ، جـ١، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٠.

٤٠ـ محمد أحمد غالى، رجاء أبو علام : **القلق وأمراض الجسم**، دمشق: مطبعة الحلبونى، ١٩٧٤.

٤١ ـ محمد عثمان نجاتى، أنور حمدى : **اختبار تفهم الموضوع**، (نسخه خاصة للبلاد العربية) . القاهرة : دار النهضة العربية، ١٩٦٧.

٤٢ ـ محمد عودة ، كمال ابراهيم مرسى: **الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والاسلام**، الكويت: دار القلم، ط٢ ، ١٩٨٦

٤٣ ـ محمد محروس الشناوى : **نظريات الارشاد والعلاج النفسى**، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٤.

٤٤ ـ ـــــــــــــــ: **العملية الارشادية والعلاجية** ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٦.

٤٥ـ محمد محروس الشناوى، محمد عبد المحسن التويجرى : **الارشاد وتحديات العصر**، المؤتمر الدولى الثالث لمركز الارشاد النفسى، جامعة عين شمس، ٢٣-٢٥ ديسمبر ١٩٩٦.

٤٦ ـ محمود الزيادى : **علم النفس الاكلينيكى (التشخيص)**، القاهرة: الأنجلو المصرية، ١٩٦٩.

٤٧ ـ مصطفى الشرقاوى : **فى علم الصحة النفسية**، القاهرة: دار مصريم للنشر والتوزيع، ١٩٨٨.

٤٨ ـ مصطفى زيور: **تصدير علم النفس الاكلينيكى** (محمود الزيادى) القاهرة، الانجلو المصرية، ١٩٦٩.

٤٩ ـ مصطفى سويف : علم النفس الاكلينيكى : تعريفه وتاريخه (فى) مصطفى سويف (محرر) **مرجع فى علم النفس الاكلينيكى**، القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٥.

٥٠ـ مصطفى فهمى : **علم النفس الاكلينيكى**، القاهرة : مكتبة مصر، ١٩٦٧.

٥١ ـ منظمة الصحة العالمية : الاضطرابات العقلية : شرح المصطلحات ودليل تصنيفها وفقا للمراجعة التاسعة للتصنيف الدولى للأمراض، الاسكندرية: المكتب الاقليمى لشرق البحر المتوسط، ١٩٨٢.

٥٢ ـ ميخائيل ابراهيم أسعد : **علم الاضطرابات السلوكية** ، بيروت : الأهلية للنشر والتوزيع ، ١٩٧٧.

٥٣ ـ هانز أيزنك : التصنيف ومشكلة التشخيص في ميدان سيكولوجية الشواذ، ترجمة عبد الحليم محمود، (في) مصطفى سويف (محرر) : **مرجع في علم النفس الاكلينيكي**، القاهرة: در المعارف، ١٩٨٥.

٥٤ ـ هيئة الصحة العالمية : دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية، ترجمة زين العابدين درويش، (في) مصطفى سويف(محرر) : **مرجع في علم النفس الاكلينيكي**، القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٥.

٥٥ ـ والتر ج . كوفيل ، تيموثي، د. كوستيلو، فابيان ل . روك : **الأمراض النفسية**، ترجمة محمود الزيادي، د . ت.

56 Carson , R.C., Butcher,J.N. & Coleman, J.C.; **Abnormal Psychology and modern Life**. Boston: Scett, Foresman & Co. 1988.

57 Costin, F. & Dragans,J.; **Abnormal Psychology: Patterns, Issues, Intervention** . New York: John Wiley & Sons, 1990.

58 Corey, G. : **Theory and Practice of counseling and Psychotherapy**, California, Bookers Publishing Co., 1986.

59 Davison, G.C. Neal, J.M.; **Abnormal Psychology; An experimental Clinical approach**; New York, John wiley & sons Inc, 1982.

60 Eysenck, H,J., Classification and the Problem of diagnosis. (in) H.J. eysenck (E.d) **Handbook of Abnormal Psychology**. London: Pitman, 1960.

61 Exner, J.E.; **The Rorschach; A Comprehensive System**, New York: John Wiley & sons, 1974.

62 Hass, **K. Abnormal Psychology**, New York; D. Van Nostrand Co. 1979.

63 Hielle, L. & Ziegler, D.; **Personality Theories: Basic Assumption, Research and application.** New York; Mc Graw Hill Book Co., 1976.

64 Houck , J.E & Hansen, J.C.; Diagnostic Interviewing. (In) R. H. Wood & J.D. Woody (Eds.) **Clinical assessment in Counseling and psychotherapy.** New York: Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972.

65 Kaphan, R. & Saccuzzo, D.; **Psychological Testing**, California: Brooks, Cole Publishing Co. 1982.

66 Kawai, I. & aoki, K.; Primary generalized epilepsy and Temporal lobe epilepsy : A Psychological Study using Rorschach test. **Folia Psychiatry Neural JPN, 1983, 37 (3), 245251.**

67 Kendall, P.C. & Norteon Ford, J.D.; **Clinical Psychology: Scientific and Professional dimensions**, New York: John Wiley, 1983.

68 Kevin, C. & Fisher, J.; **Masures for Clinical Practice**, New York : The Free Press, INC, 1988.

79 Kisker, G.; **The Disorganized Per Sonality**, London : McGraw Hill International Book Co. 1977.

70 Krahe, B.; **Personality and Social Psychology**, Newbury Park, C.A: sage, 1992.

71 Lerner, H. & Peter, S., The Rorschach response and object relation. **J. of Personality Assessment, 1984, 48,(4), 345-350.**

72 Mackay, D., **Clinical Psychology : Theory and Therapy,** London: Methuen, 1975.

73 Mehr,J.; **Abnormal Psychology** ,New York: Holt, Rinehart & Winston, 1983.

74 Nakamura, H.; **Rorschach test on organic brain disease.** Kyushu Neuro Psychiatry, 1982،28(1), 3143.

75 Shan, Mugam, T,E.; **Abnormal Psychology, New Delhi : Tata** McGrow Hill Publishing Co. LTD, 1981.

76 Schultz, D.; **Theories of Personality,** 4 th ed. California Bookers Cole Publishing Co., 1990.

هـذا الكتـاب

هـو الكتـاب الأول ضمـن موسـوعة سيكولوجية فى علـم النفس العيـادى، يتنـاول تطـور الممارسـة الاكلينيكيـة علـى مـر العصور، والتعريـف بعلـم النفس الاكلينيكـى ومـدى الحاجـة اليـه، والأخصـائى النفسـى الاكلينيكـى وأدواره ومجـال عملـه، وعمليـة التشـخيص الاكلينيكـى وأشـكالها، ومنهـج دراسة الحالـة، وفنيات الدراسـة الاكلينيكيـة: تاريخ الحالة، المقابلة، الاختبارات والمقاييس النفسـية، والاختبـارات الاسقاطيـة.. كمـا يتنـاول الكتـاب موجـزاً لأعـراض الأمـراض النفسيـة، والاتجاهـات المعـاصرة فـى العـلاج النفسـى.

عبده غريب